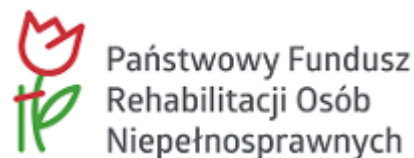


Data wpływu:	
Nr sprawy:	



WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar B Zadanie nr 1

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych

Część A

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca składa wniosek:		<input type="checkbox"/> w swoim imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic dziecka <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny dziecka/podopiecznego
Imię:		
Drugie imię:		
Nazwisko:		
Imię ojca:		
PESEL:		
Data urodzenia:		
Płeć:		<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Dowód osobisty (wypełnić w przypadku braku PESEL)	Seria:	
	Numer:	
	Wydany przez:	
	Data wydania:	
Data ważności:		
Stan cywilny:		<input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty
Gospodarstwo domowe:		<input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne
Nr telefonu:		
Adres e-mail:		

ADRES ZAMIESZKANIA NA POBYT STAŁY

Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
ADRES ZAMELDOWANIA	
<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocшта:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO	
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Pełnoletni:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Dowód osobisty (wypełnić w przypadku braku PESEL)	Seria:
	Numer:
	Wydany przez:
	Data wydania:
	Data ważności:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO	
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu w zakresie:
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych
<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> innym , jakim: |
|---|---|--|

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: ☐

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie: ☐ ręcznym ☐ elektrycznym

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie: ☐ ręcznym ☐ elektrycznym

- ☐ 04-O – narząd wzroku
- ☐ osoba niewidoma
☐ osoba głuchoniewidoma

Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe
☐ 02-P – choroby psychiczne
☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 ☐ osoba głucha
 ☐ osoba głuchoniema
☐ 06-E – epilepsja
☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
☐ 10-N – choroby neurologiczne
☐ 11-I – inne
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> nieaktywna/y zawodowo
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy) | <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza
<input type="checkbox"/> zatrudniony |
|--|---|

Informacje dotyczące zatrudnienia (o ile dotyczy)	Zatrudniony od dnia:	
	Okres zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> na czas określony, do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:
	Forma zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy
	Nazwa pracodawcy:	
	Adres pracodawcy:	
Telefon kontaktowy do pracodawcy:		

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> przedszkole
<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa
<input type="checkbox"/> gimnazjum
<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa
<input type="checkbox"/> liceum
<input type="checkbox"/> technikum | <input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> kolegium
<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe
<input type="checkbox"/> inna, jaka: |
|--|---|

NAZWA I ADRES PLACÓWKI, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA

Nazwa placówki:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocшта:	

Średnia ocen za ostatni rok nauki wynosi:					
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):					

2. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON					
Czy Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym poprzez PCPR lub MOPR?					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer umowy	Data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Wysokość dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:					
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 odpowiedzi na poniższe pytania. W miarę możliwości każdą podaną informację należy udokumentować. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie merytorycznej wniosku.	
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 MOPR lub bezpośrednio w PFRON)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego oraz w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji)	
3. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON (do istotnych przesłanek należą okoliczności związane przede wszystkim z nauką i aktywnością zawodową Wnioskodawcy/dziecka/ podopiecznego?	
4. Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania – czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podnieść: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia Wnioskodawcy/ dziecka/podopiecznego?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać)
5. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/ dziecku/podopiecznemu rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym od posiadanego?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/dziecku/podopiecznemu wejście na rynek pracy?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

7. Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu o niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> tak , 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> tak, 3 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie
8. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeśli tak proszę dołączyć do wniosku kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.	<input type="checkbox"/> tak – 1 osoba <input type="checkbox"/> tak – więcej niż 1 osoba <input type="checkbox"/> nie
9. Czy występują szczególne utrudnienia? Np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.	<input type="checkbox"/> tak (proszę opisać) <input type="checkbox"/> nie
10. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
11. Czy w roku 2018 lub w 2019 Wnioskodawca/dziecko/podopieczny został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?	<input type="checkbox"/> tak, jeśli tak, jakiego <input type="checkbox"/> nie

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA – Moduł I/Obszar B/Zadanie 1

Specyfikacja zakupu	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
Sprzęt elektroniczny: - - -	
Elementy sprzętu elektronicznego: - - -	
Oprogramowanie: - - -	
Razem:	

5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 1		
ŁĄCZNIE:		

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

POSIADAM/DZIECKO/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT ELEKTRONICZNY I OPROGRAMOWANIE:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
JAKI/JAKIE:		
Ukończone przez Wnioskodawcę/dziecko/podopiecznego* kursy w zakresie obsługi sprzętu elektronicznego i oprogramowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
JAKI/JAKIE:		
Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
W roku:	W ramach:	
W roku:	W ramach:	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)	
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach zostały podane zgodnie z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. zobowiązuje się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku;
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: <https://www.opatow.naszepcpr.pl/> oraz www.pfron.org.pl
4. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) ☐ tak ☐ nie
5. nie otrzymałam/em w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku- dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na ten sam cel finansowy;
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej :
– co najmniej 10% ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania) dotyczy obszaru B1
7. w okresie ostatnich 3 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy uzyskałam/em pomoc ze środków PFRON na ten sam cel, w tym za pośrednictwem powiatu: ☐ tak ☐ nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, 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 byłam/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak ☐ nie
11. w przypadku przyznania dofinansowania ze środków PFRON dostarczę w wyznaczonym terminie pisemną informację, przygotowaną zgodnie z wytycznymi PFRON, w zakresie ewaluacji programu, odzwierciedlającą stan faktyczny w zakresie efektów udzielonego dofinansowania, w tym w odniesieniu do celów programu,
12. posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu: ☐ tak - ☐ nie
13. zapoznałam/em się z klauzulami informacyjnymi sporządzonymi zgodnie z przepisem art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, które administrator danych osobowych- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie -udostępnił:
- na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie;
- na stronie internetowej PCPR pod adresem internetowym: <https://www.opatow.naszepcpr.pl/>

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.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
podpis Wnioskodawcy

7. ZAŁĄCZNIKI: WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (zaznaczyć właściwe)		
		Dolączył do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)- (oryginał do wglądu)			
2	Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)			
3	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności zawierające opis rodzaju schorzenia osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2B (dot. osób z dysfunkcją obu kończyn górnych) , w załączniku 2C (dot. osób z dysfunkcją narządu wzroku , oraz gdy występuje dysfunkcja narządu wzroku, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności);lub w załączniku 2d dot. osób z dysfunkcją narządu słuchu			
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i>)			
5	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej			
6	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym- w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), w imieniu której występuje opiekun prawny			
7	Kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika (oryginał do wglądu) wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika stanowiącym <i>załącznik nr 4 do formularza wniosku</i>			
8	Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących z Wnioskodawcą/dzieckiem/podopiecznym (jeśli dotyczy)			
9.	W przypadku Wnioskodawców/ podopiecznych, którzy są zatrudnieni- zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie			
10.	W przypadku Wnioskodawców/ podopiecznych, którzy są bezrobotni, poszukujący pracy i nie pozostający w zatrudnieniu - zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy potwierdzający ww. sytuację zawodową.			
11	W przypadku Wnioskodawców/ podopiecznych, którzy się uczą- zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki			
12.	Dowód osobisty do wglądu			
13	Podstawa kalkulacji kosztów, zakupu przedmiotu dofinansowania – oferta cenowa np. faktura proforma, oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa)			
14	W przypadku osób poszkodowanych w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie np. wystawiony przez jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję			
15	Plan aktywizacji - stanowiącym załącznik nr 5 do formularza wniosku			
16	Inne załączniki (należy wymienić)			

Załącznik nr 1 do regulaminu realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w roku 2019 w powiecie opatowskim.

Część B – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

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 pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie		NIE DOTYCZY	
Data weryfikacji formalnej wniosku:			
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

Data ponownej weryfikacji formalnej r. (o ile dotyczy)

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
Weryfikacja formalna wniosku:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: – dotyczy Modułu I

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała			Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1.	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:					
a)	stopień niepełnosprawności	znaczny (I grupa inwalidzka) , osoby do 16 r.ż	12	28		
	(jeden stopień do wyboru)	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	6			
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych, osoba głucha lub osoba niewidoma		4			
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące, osoby niedosłyszące		3			
c)	osoby poruszające się na skuterze/wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome lub osoby głuchonieme		10			
d)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		2			
2.	Aktywność zawodowa:					
a)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		40	40		
b)	osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu		5			
3.	Aktualnie realizowany etap kształcenia:					
a)	osoby rozpoczynające / kontynuujące studia		7	7		
b)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca naukę w szkole ponadgimnazjalnej lub ponadpodstawowej		5			
c)	osoba rozpoczynająca/kontynuująca naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum		5			
4.	Inne kryteria:					
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		3	15		
b)	Wnioskodawca nie uzyskał żadnej pomocy ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat		3			
c)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	– w przypadku jednej osoby	1			
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	2			
d)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy		1			
e)	Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą podopiecznego/dziecko oraz mającą podopiecznego na swoim utrzymaniu		2			
f)	Wnioskodawca zamieszkuje samotnie i samotnie się utrzymuje		2			
g)	uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu oraz – jeśli dotyczy – uzasadnienie wyboru danego sprzętu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu		2			
h)	uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia		2			
5.	Osoba poszkodowana w roku 2018 lub w 2019 w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych		10	10		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-5)			maksymalnie 100	

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Piecątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐ w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna: ☐ w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 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,
- 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,
- 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,
- 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):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr
..... zł zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D
..... zł zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2 lub 3

Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:
..... zł zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:
..... zł zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 5

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
..... zł zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu II

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:
..... zł zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

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

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **średni miesięczny dochód** należy rozumieć dochód na członka rodziny 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.

Wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów.

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (**zgodnie z przypisem nr 1**):

		Średni miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą np. mąż, żona, córka.		X
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, także że:

5) średni miesięczny dochód **netto** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi zł (słownie złotych:) (**należy wyliczyć zgodnie z przypisem nr 2**);

6) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu

Przypis nr 1

Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób) uważa się:

- przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- inne dochody niepodlegające opodatkowaniu, w tym w szczególności: renty przyznawane na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych, wojskowych oraz ich rodzin, dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny, dodatek kompensacyjny, ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe, zasiłki chorobowe określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej, alimenty na rzecz dzieci, kwoty diet otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków służbowych i obywatelskich, należności z tyt. wynajmu pokoi gościnnych, stypendia, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium otrzymywane przez osoby przebywające czasowo za granicą, należności ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie pełnienia służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu.

Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Przypis nr 2 – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{średni miesięczny dochód} \\ \text{przypadający na jedną osobę} \\ \text{pozostającą we wspólnym} \\ \text{gospodarstwie domowym} \\ \text{z Wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{łączny średni miesięczny dochód wykazany w wierszu „Razem”} \\ \text{w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na} \\ \text{stronie 1 niniejszego Oświadczenia} \end{array}}$$

.....
 Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
 - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy
 (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią):

<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych (wrodzony lub w wyniku amputacji), na wysokości/od:.....	pieczęć i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: Wynikający ze schorzeń o różnej etiologii (jakich?):.....	pieczęć i podpis lekarza

....., dnia r.,
 (miejscowość) (data)

.....
 (pieczęć, nr i podpis lekarza)

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR w Opatowie

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE²

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:

☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym do: stopni

☐ w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym wynosi:

☐ w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą:

☐ niedowidzącą ☐ niewidomą ☐ głuchoniewidomą

....., dniar.,
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza okulistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR w Opatowie

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opatowie** przy ul. Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów (administratora danych) oraz do **Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

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

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w **Opatowie przy ulicy Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów** (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady 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. **Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.**

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej,
w imieniu której występuje Pełnomocnik

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)

(imię i nazwisko Pełnomocnika osoby niepełnosprawnej)

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

1. świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa. za składanie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/em właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem/em w żaden inny sposób powiązana/y z zarządzaniem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

2. prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
(miejscowość)

.....
podpis Pełnomocnika

UZASADNIENIE WNIOSKU – PLAN AKTYWIZACJI			
OBSZAR AKTYWIZACJI	Czego nie może aktualnie osiągnąć lub zrobić Wnioskodawca i w czym pomoże mu uzyskanie dofinansowania	Co będzie mógł osiągnąć Wnioskodawca i jakie w związku z tym podejmie działania po otrzymaniu dofinansowania	PLANOWANY TERMIN REALIZACJI DZIAŁAŃ
ZAWODOWEJ			
EDUKACYJNEJ			
SPOŁECZNEJ			

.....
data i podpis Wnioskodawcy