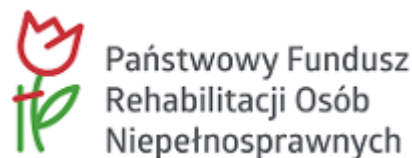


Data wpływu:	
Nr sprawy:	



WNIOSEK – CZĘŚĆ A (wypełnia Wnioskodawca)
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar C – Zadanie nr 4
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano
nowoczesne rozwiązania techniczne, adresowana do osób posiadających stopień
niepełnosprawności

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:	
Pocшта:	

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:	
Pocztą:	

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: <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie: <input type="checkbox"/> ręcznym <input type="checkbox"/> elektrycznym Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie: <input type="checkbox"/> ręcznym <input type="checkbox"/> elektrycznym	
<input type="checkbox"/> 04-O – NARZĄD WZROKU <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma Lewe oko: Ostrość wzroku w korekcji Zwężenie pola widzeniastopni Prawe oko: Ostrość wzroku w korekcji Zwężenie pola widzeniastopni	
Inne przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol): <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 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?

☐ tak ☐ 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:

☐ tak ☐ nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

☐ tak ☐ nie

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 PCPR lub bezpośrednio w PFRON)?

☐ tak
☐ 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?

☐ nie
☐ nie dotyczy
☐ 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?

☐ tak
☐ nie

6. Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy/dziecku/podopiecznemu wejście na rynek pracy?

☐ tak
☐ nie ☐ 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.

☐ tak , 2 przyczyny niepełnosprawności
☐ tak, 3 przyczyny niepełnosprawności
☐ 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.

☐ tak – 1 osoba
☐ tak – więcej niż 1 osoba
☐ nie

9. Czy występują szczególne utrudnienia? Np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, złe zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Proszę o udokumentowanie powyższych informacji.

☐ tak (proszę opisać)
☐ nie

10. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?

☐ tak
☐ nie

11. Czy w roku 2018 lub w 2019 Wnioskodawca/dziecko/podopieczny został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?

☐ tak, jeśli tak, jakiego
☐ nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania- Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (wg załączonej oferty cenowej lub kosztorysu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Udział własny osoby niepełnosprawnej (co najmniej 10% ceny brutto)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:			
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:			
ŁĄCZNIE			

6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:	<input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym
PROTEZA NOGI, po amputacji:	<input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	
Przyczyna amputacji kończyny:	<input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:	<input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny
Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.

Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła:		<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r.	
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:	
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON)			

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)	
Właściciel:	
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

Oświadczam, że:

- 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,
- zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku,
- zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam/em do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.opatow.naszeopcr.pl, a także: www.pfron.org.pl,
- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego,
- nie otrzymałam(em) w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na ten sam cel finansowy,
- posiadam gwarancję udzieloną na wnioskowany przedmiot dofinansowania: ☐ tak ☐ nie,
- uzyskałam/em w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków NFZ na cel objęty niniejszym wnioskiem: ☐ tak ☐ nie,
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak ☐ nie,
- 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,
- posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu: ☐ tak - ☐ nie,
- 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 – udostępnił:

- na tablicy informacyjnej znajdującej się w jego siedzibie oraz komórkach organizacyjnych znajdujących się poza jego siedzibą,
- na stronie internetowej Centrum pod adresem internetowym: <http://www.opatow.naszeopcr.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.

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

.....
podpis Wnioskodawcy

7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) – (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla celów rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności osób wspólnie zamieszkujących z Wnioskodawcą/podopiecznym (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika (oryginał do wglądu) wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika stanowiącym załącznik nr 4 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku Wnioskodawców/podopiecznych, którzy są zatrudnieni – zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	W przypadku Wnioskodawców / podopiecznych, którzy są bezrobotni, poszukujący pracy i nie pozostający w zatrudnieniu – zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy potwierdzający ww. sytuację zawodową.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	W przypadku Wnioskodawców/podopiecznych, którzy się uczą – zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający etap nauki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Plan aktywizacji - stanowiącym załącznik nr 5 do formularza wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Dowód osobisty do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Podstawa kalkulacji kosztów przedmiotu dofinansowania - np. faktura proforma, oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	W przypadku osób poszkodowanych w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych, dokument potwierdzający zdarzenie np. wystawiony przez jednostkę pomocy społecznej, Straż Pożarną, Policję.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	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 (wypełnione na dołączonym druku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Inne załączniki (należy wymienić)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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)	osoby rozpoczynające 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)	osoba nie uzyskała 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)	szczegółne 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		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			
Pieczętka 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
			pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>
			data i czytelny podpis eksperta

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.

PRYZNANA 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

*pieczętka imienna kierownika właściwej
jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

*pieczętki imienne pracowników Realizatora
programu przygotowujących/podpisujących umowę*

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 przepisem 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 przepisem 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 podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu

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:

**średni miesięczny dochód
przypadający na jedną osobę
pozostającą we wspólnym
gospodarstwie domowym
z Wnioskodawcą**

$$= \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód wykazany w wierszu „Razem”
w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na
stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka:

.....
.....

Aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane
zostaną nowocześnie rozwiązania techniczne:

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

....., dniar.,
(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

**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 **ul. 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