

Zarządzenie Nr *1111/2015*

Prezydenta Miasta Ostrołęki

z dnia *30 kwietnia 2015 r.*

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2015 roku**

Na podstawie art. 35a ust. 1 pkt. 1 lit. a, pkt. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., N 127, poz. 721 z późn. zm.) oraz na podstawie uchwały 15/2013 Zarządu PFRON z dnia 22 lutego 2013 r. w sprawie realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” ze zmianami oraz w związku z Porozumieniem Nr O-07/31/AS/2012 z dnia 27 czerwca 2012 r. zawartym przez Miasto Ostrołęka z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - zarządza się, co następuje:

§ 1.

W zarządzeniu Nr 61/15 Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia 18 marca 2015 r. w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2015 roku, załącznik Nr 1 oraz załącznik Nr 2, otrzymują brzmienie nadane załącznikami Nr 1 i 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Wykonanie zarządzenia powierza się dyrektorowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i podlega ogłoszeniu na stronie internetowej Miasta Ostrołęki w Biuletynie Informacji Publicznej.

PREZYDENT MIASTA  
*Janusz Kotowski*

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr *MM/2015* Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia *30 kwietnia* 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2015 roku

## **Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2015 roku w Mieście Ostrołęka**

### **I. Ogólne postanowienia programu**

Głównym celem programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

#### **1. Program w 2015 roku obejmuje następujące formy wsparcia:**

**Moduł I** – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, w tym:

- 1) **Obszar A** – likwidacja bariery transportowej:
  - **Zadanie 2** – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B,
- 2) **Obszar B** – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:
  - **Zadanie 2** – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania.
- 3) **Obszar C** – likwidacja barier w poruszaniu się:
  - **Zadanie 2** – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym,
  - **Zadanie 3** – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości,
  - **Zadanie 4** – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny (co najmniej na III poziomie jakości),
- 4) **Obszar D** – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej.

**Moduł II** – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr *MM/2015* Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia *30.04.* 2015 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2015 roku

## 2. Adresaci programu i warunki uczestniczenia w programie.

### Moduł I:

**Obszar A Zadanie 2** - osoba niepełnosprawna w wieku aktywności zawodowej, która posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności oraz dysfunkcję narządu ruchu.

Przez **dysfunkcję narządu ruchu (w Obszarze A)** – należy rozumieć dysfunkcję stanowiącą podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności); w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C) Wnioski osób niepełnosprawnych mogą zostać pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym pod warunkiem, że wnioskodawca dołączy do wniosku zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.

**Obszar B Zadanie Nr 2** - osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny stopień niepełnosprawności (a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności) oraz dysfunkcję obu kończyn górnych lub narządu wzroku i nabyła sprzęt elektroniczny oraz oprogramowanie w ramach programu *Aktywny samorząd*. W przypadku osób w wieku emerytalnym wymagane jest zatrudnienie.

**Obszar C Zadanie Nr 2** - osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny stopień niepełnosprawności (a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności), która jest użytkownikiem wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.

**Obszar C Zadanie Nr 3 oraz Zadanie Nr 4** - osoba niepełnosprawna w wieku aktywności zawodowej lub emerytalnym – jeśli jest zatrudniona, po amputacji kończyn/y, wobec której został orzeczony stopień niepełnosprawności, a ekspert PFRON potwierdził stabilność procesu chorobowego oraz rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie.

**Obszar D** - osoba niepełnosprawna w wieku aktywności zawodowej, która posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, jest aktywna zawodowo i pełni rolę opiekuna prawnego dziecka. Przez aktywność zawodową należy rozumieć zatrudnienie lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, albo jako osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu.

### Moduł II:

- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr *MM/2015* Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia *30.04.* 2015 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2015 roku

- nauka w szkole wyższej lub szkole policealnej lub kolegium lub przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.

**Warunki wykluczające uczestnictwo w programie:**

- wymagalne zobowiązania wobec PRON lub wobec Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce,
- w Module II – przerwa na nauce.

**3. Kwoty dofinansowania.**

Maksymalna kwota dofinansowania w ramach Modułu I wynosi, w przypadku:

- 1) Obszaru A w Zadaniu 2 – 2.100 zł, w tym:
  - dla kosztów kursu i egzaminów – 1.500 zł,
  - dla pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania wnioskodawcy (koszty związane z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu) – 600 zł,
- 2) Obszaru B w Zadaniu 2:
  - dla osoby głuchoniewidomej – 4.000 zł,
  - dla pozostałych adresatów obszaru – 2.000 zł,  
z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w indywidualnych przypadkach, maksymalnie o 100%, wyłącznie w przypadku, gdy poziom dysfunkcji narządu wzroku wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia,
- 3) Obszaru C:
  - a) w Zadaniu Nr 2 – 2.000 zł,
  - b) w Zadaniu Nr 3 dla protezy na III poziomie jakości, po amputacji:
    - w zakresie ręki – 9.000 zł,
    - przedramienia – 20.000 zł,
    - ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym – 26.000 zł,
    - na poziomie podudzia – 14.000 zł,
    - na wysokości uda (także przez staw kolanowy) – 20.000 zł,
    - uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym – 25.000 zł,z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w wyjątkowych przypadkach i wyłącznie wtedy, gdy celowość zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy wnioskodawcy), zostanie zarekomendowana przez eksperta PFRON,
  - c) w Zadaniu Nr 4 – do 30% kwot, o których mowa w lit. b,
  - d) w Zadaniu Nr 3 i Nr 4 dla refundacji kosztów dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON lub kosztów dojazdu eksperta PFRON na spotkanie z adresatem programu – w zależności od poniesionych kosztów, nie więcej niż 200 zł,

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr *111/2015* Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia *30.04* 2015 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2015 roku

- 4) Obszaru D – 200 zł miesięcznie, jednak nie więcej niż 2.400 zł w ciągu roku – tytułem kosztów opieki nad każdą osobą zależną.

W ramach **modułu II** kwota dofinansowania poniesionych kosztów nauki, dotyczących semestru/półroczna objętego dofinansowaniem, wynosi w przypadku:

- 1) dodatku na pokrycie kosztów kształcenia – od 700 zł do 1.000 zł,
- 2) dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego – do 4.000 zł,
- 3) opłaty za naukę (czesne) – równowartość kosztów czesnego w ramach jednej, aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) - niezależnie od daty poniesienia kosztów.

W przypadku, gdy wnioskodawca w module II pobiera naukę w ramach dwóch i więcej form kształcenia na poziomie wyższym (kierunków studiów), kwota dofinansowania opłaty za naukę (czesne) może być zwiększona o równowartość połowy kosztów czesnego na kolejnym/kolejnych kierunkach nauki.

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia może być zwiększony, nie więcej niż o:

- 1) 700 zł - w innych przypadkach, które określi realizator programu (przykładowo: gdy wnioskodawca ponosi dodatkowe koszty z powodu barier w poruszaniu się lub z powodu barier w komunikowaniu się – w szczególności z tytułu pomocy tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej itp.),
- 2) 500 zł - w przypadku, gdy wnioskodawca ponosi koszty z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania,
- 3) 300 zł – w przypadku, gdy wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny, pod warunkiem posiadania środków finansowych na realizację programu.

## **II. Tryb składania i rozpatrywania wniosków**

1. Wnioski z kompletem wymaganych załączników wg wzorów stanowiących załączniki do zarządzenia, należy składać w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Ostrołęce, ul. Hallera 12 w godzinach 9.00 -15.00, w następujących terminach:
  - w przypadku Modułu I - od 18 marca 2015 r. do 30 sierpnia 2015 r,
  - w przypadku Modułu II przewidziane są dwa cykle składania wniosków od 18 marca 2015 r. do 30 marca 2015 r. oraz do 10 października 2015r.
2. Podstawą przyznania przez MOPR w Ostrołęce dofinansowania jest posiadanie środków finansowych, przeznaczonych na ten cel, pozytywna ocena formalna i merytoryczna w Module I oraz pozytywna ocena formalna w Module II.
3. Weryfikacji formalnej i merytorycznej wniosku dokonuje się na podstawie dokumentów dołączonych do wniosku, danych i informacji posiadanych przez MOPR w Ostrołęce oraz ustaleń dokonanych w trakcie weryfikacji wniosku.
4. Wnioskodawca zobowiązany jest poinformować MOPR w Ostrołęce o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr *111/2015* Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia *30.04.* 2015 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2015 roku

5. Weryfikacja formalna wniosku polega na sprawdzeniu przez pracownika, czy wnioskodawca i/lub jego podopieczny spełnia obowiązujące warunki uczestnictwa w programie i ubiegania się w jego ramach o wsparcie. MOPR w Ostrołęce zastrzega, iż dane dotyczące tabeli na stronie 4 wniosków o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” dotyczącej informacji o korzystaniu ze środków PFRON nie są obowiązkowe. Natomiast obowiązkowa jest informacja dotycząca posiadania bądź nie zobowiązań wobec PFRON oraz MOPR w Ostrołęce.
6. Wniosek wnioskodawcy, któremu odmówiono przyznania środków finansowych w wyniku uchybień ze strony Realizatora przy weryfikacji formalnej wniosku, podlega dalszemu rozpatrzeniu.
7. W przypadku braków dokumentacji we wniosku osoba niepełnosprawna powiadamiana jest o uzupełnienie braków, których musi dokonać w ciągu 14 dni roboczych od otrzymania pisma z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce.
8. Niedostarczenie brakujących dokumentów w terminie 14 dni roboczych od otrzymania pisma powoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
9. Wnioski zweryfikowane pozytywnie poddawane są ocenie merytorycznej. Ocena merytoryczna wniosku przeprowadzana jest w celu wyłonienia wniosków, które mają największe szanse na realizację celów programu i które mieszczą się w limitach środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację programu. Wniosek oceniany jest na podstawie karty merytorycznej wniosku przez komisję powołaną przez Dyrektora MOPR w Ostrołęce. Maksymalna ilość zdobytych punktów wynosi 130.
10. Oceniane merytorycznie wnioski są szeregowane na liście rankingowej, według kolejności wynikającej z uzyskanej liczby punktów. Tworzone są dwie odrębne listy rankingowe dotyczące Modułu I, oddzielnie dla wydatków bieżących i oddzielnie dla wydatków inwestycyjnych tj.:
  - a) lista rankingowa Nr 1 obejmuje wnioski: Obszar A Zadanie 2, Obszar B Zadanie 2, Obszar D;
  - b) lista rankingowa Nr 2 obejmuje wnioski: Obszar C Zadania 2, 3 i 4.
11. Minimalna liczba punktów uprawniających do uzyskania dofinansowania dotyczących wniosków z listy rankingowej Nr 1 wynosi 45 punktów.
12. Minimalna liczba punktów uprawniających do uzyskania dofinansowania dotyczących wniosków z listy rankingowej Nr 2 wynosi 100 punktów.
13. W przypadku wniosku, który w trakcie jego oceny nasuwa wątpliwości co do możliwości pozytywnej weryfikacji pod względem kryterium dotyczącego rodzaju niepełnosprawności adresata programu lub co do celowości wnioskowanego dofinansowania, MOPR w Ostrołęce ma prawo powołać eksperta – lekarza specjalistę o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności adresata programu w celu wydania opinii.

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr *111/2015* Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia *30.04* 2015 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2015 roku

14. Wnioski wnioskodawców będących pracownikami MOPR w Ostrołęce, mogą być zrealizowane tylko w takim przypadku, gdy zgodność oceny formalnej oraz, o ile dotyczy - merytorycznej wniosku, z przyjętymi zasadami, zostanie potwierdzona przez właściwy terytorialnie Oddział PFRON. Powyższy tryb dotyczy także innych sytuacji budzących wątpliwość co do bezstronności MOPR w Ostrołęce. O konieczności zastosowania wskazanego trybu, rozstrzyga Oddział PFRON na podstawie zgłoszenia MOPR w Ostrołęce.
15. Ostateczny termin oceny wniosków pod względem formalnym i merytorycznym ustala się do 30 listopada 2015 roku.

### **III Decyzja o przyznaniu dofinansowania i umowa dofinansowania**

1. Decyzję w sprawie dofinansowania podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce. Wysokość przyznanych środków finansowych dla wnioskodawcy na dofinansowanie poszczególnych form wsparcia Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce uzależniać będzie od środków finansowych przekazanych przez PFRON oraz od weryfikacji kwot wskazanych we wnioskach.
2. W sytuacji gdy informacje we wniosku na dzień podpisania umowy są nieaktualne Wnioskodawca musi dokonać korekty wniosku przed podpisaniem umowy. Wówczas decyzję o wysokości dofinansowania MOPR w Ostrołęce podejmuje na podstawie informacji po korekcie wniosku.
3. Udzielenie dofinansowania osobom niepełnosprawnym, których wnioski uzyskały ocenę merytoryczną poniżej ustalonego minimalnego progu punktowego będzie uzależniona od możliwości wynikających z ostatecznej puli środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację programu.
4. Decyzja odmowna w sprawie dofinansowania wymaga pisemnego uzasadnienia.
5. Przyznanie dofinansowania nastąpi na podstawie umowy zawartej między Miastem Ostrołęka w imieniu, którego działa MOPR w Ostrołęce a wnioskodawcą.

### **IV Postanowienia końcowe.**

W sprawach nieuregulowanych niniejszym zarządzeniem stosuje się zapisy następujących dokumentów:

1. Pilotażowego programu „Aktywny samorząd” stanowiącego załącznik do uchwały Nr 5/2014 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 9 czerwca 2014 r.
2. Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2015 roku.
3. Zasad dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr *111/2015* Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia *30.04.* 2015 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2015 roku

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr *111/2015* Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia *30.04* 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia zasad przyznawania dofinansowań w ramach programu „AKTYWNY SAMORZĄD” w mieście Ostrołęka ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w 2015 roku

**Wnioski, wkładki oraz załączniki o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2015 roku w Mieście Ostrołęka**



.....  
pieczęć szkoły/uczelni

## ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb MOPR w Ostrołęce  
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

Nr PESEL .....

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę\* w.....

.....  
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....

Czy Pan/Pani powtarzał(a) rok nauki:  tak  nie

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce:  tak  nie

Okres zaliczeniowy w szkole:  semestr  rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym

Forma kształcenia:

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie	<input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna:  tak  nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze\*\*  
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: ..... zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane:  nie  tak - ze środków\*\*:

1. .... w wysokości:..... zł

2. .... w wysokości:..... zł

**Średnia ocen** uzyskana w poprzednim roku akademickim (szkolnym) .....\*\* (średnia ocen wyliczona, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, jako średnia arytmetyczna, na podstawie wszystkich ocen uzyskanych w poprzednim roku akademickim/szkolnym – wszystkie oceny z egzaminów i zaliczeń wpisane do indeksu)

Obowiązująca na uczelni skala ocen.....

<b>Organizacja roku akademickiego (szkolnego) ...../..... r. w jednym półroczu:</b>	
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	

\*-niepotrzebne skreślić

\*\* - jeżeli dotyczy

.....  
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

data, podpis: .....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

dnia.....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

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

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

(miejsowość)

(data)

pieczętka, Nr i podpis lekarza

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **średni miesięczny dochód** należy rozumieć średni miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

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.

**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

		Średni miesięczny dochód
1.	Wnioskodawca: .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>		<b>X</b>
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

### Oświadczam, także że:

1) średni miesięczny dochód (**zgodnie z przepisem Nr 1**) przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi ..... zł (słownie złotych: .....)

(należy wyliczyć zgodnie z **przepisem Nr 2**);

2) jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań (art. 233 KK).

Ostrołęka, 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

Zgodnie z art.3 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (tekst jedn. Dz. U. z 2015r.poz. 114) ilekroć w tej ustawie jest mowa o:

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr ...../2015 Prezydenta Miasta Ostrołęki z dnia ..... 2015 r.

## Oświadczenie o wysokości dochodów

1) dochodzie – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, 30b, 30c i 30e ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r., poz. 361, z późn. zm. 3), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
  - renty określone w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - świadczenia pieniężne oraz ryczałt energetyczny określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
  - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określone w przepisach o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
  - świadczenie pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę Niemiecką lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
  - emerytury i renty otrzymywane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939–1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów i niewybuchów,
  - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego, kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób, których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobylem na robotach w III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939–1945, otrzymywane z zagranicy,
  - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
  - środki bezwrotnej pomocy zagranicznej otrzymywane od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych lub międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami, organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencje rządowe, w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc,
  - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przebywających czasowo za granicą – w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1502 i 1662),
  - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojusznicznych, misji po-kojowej, akcji zapobieżenia aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych,
  - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymywane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu, obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód,
  - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
  - alimenty na rzecz dzieci,
  - stypendia doktoranckie i habilitacyjne przyznane na podstawie ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2014 r., poz. 1852), stypendia doktoranckie określone w art. 200 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r., poz. 572, z późn. zm. 4)), stypendia sportowe przyznane na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2014 r., poz. 715) oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom,
  - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
  - należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywienia tych osób,
  - dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014 r., poz. 191 i 1198),
  - dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych,
  - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”,
  - ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla określone w przepisach o restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w latach 2003–2006,
  - świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora,
  - dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
  - dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, pomniejszone odpowiednio o zapłacone za granicą Rzeczypospolitej Polskiej: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
  - renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich,
  - zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej,
  - świadczenia pieniężne wypłacane w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
  - pomoc materialną o charakterze socjalnym określoną w art. 90c ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm. 5)) oraz pomoc materialną określoną w art. 173 ust. 1 pkt 1, 2 i 8, art. 173a, art. 199 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 i art. 199a ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym.

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

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

łączny średni miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem”  
w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia

=

liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na stronie 1  
niniejszego Oświadczenia

str.2

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych  
przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Ostrołęce oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie z siedzibą w Ostrołęce przy ul: Gen. J. Hallera 12 (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w 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 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą w Ostrołęce przy ul: Gen. J. Hallera 12 (administrator danych) oraz przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.Dz. U. z 2014 r. poz.1182).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Należy wypełnić w przypadku wniosku „P” dot. dofinansowania kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym  
**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II**

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:  TAK  NIE  
 Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

**Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:**

<input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia	<input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia
<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych
<input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim	<input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	<input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej
<input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej	<input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich)

Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów)      Data rozpoczęcia nauki/studiów .....

Nauka odbywa się w systemie:  stacjonarnym  niestacjonarnym  nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu:  tak  nie

Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia:  tak  nie

Pełna nazwa szkoły: .....

Miejscowość	Ulica	Nr posesji	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo	Nr telefonu	adres http://www	
Wydział	Kierunek nauki	Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	Rok nauki	Semestr nauki
		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)**

Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki	Koszt (w zł)	Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł*	Kwota wnioskowana (w zł)
Opłata za naukę (czesne): ..... **			
Opłata za naukę (czesne): ..... **			
Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich			
DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA			
<b>Razem</b>			

\* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

\*\* należy wpisać kierunek studiów/nauki

**6. Informacje uzupełniające:**

Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON powyżej 20 semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca pobiera naukę poza miejscem zamieszkania?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Czy Wnioskodawca posiada Kartę Dużej Rodziny?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY\***

(lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich), 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 .....

\* lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

**Oświadczam, że:**

- 1) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
- 2) obecnie nie korzystam z przerwy w kontynuowaniu nauki w trakcie której, nie ponoszę kosztów nauki,
- 3) 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,
- 4) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
- 5) 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,
- 6) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- 7) o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
- 8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innego dowodu księgowego).

*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 ..... /..... /2015 r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

**Oświadczenia osób zatrudnionych:**

Oświadczam, że posiadam środki finansowe w wysokości 15% wartości czesnego ubiegając się o dofinansowanie do jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku)

..... dnia ..... /..... /2015 r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

Oświadczam, że posiadam środki finansowe w wysokości 55% wartości czesnego ubiegając się o dofinansowanie do więcej niż jednej formy kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnego kierunku)

..... dnia ..... /..... /2015 r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

**7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-6) oraz dodatkowe**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwie)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku Nr 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <i>Uwaga!</i> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki</b> . Wzór określony w załączniku Nr 4 do wniosku <b>nie dotyczy</b> osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie Nr 2

Zadanie Nr 2 - specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<b>RAZEM</b>	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto	Kwota wnioskowana (w zł)

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

#### **Oświadczam, że:**

- 1) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
- 2) informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 3) o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
- 4) 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.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
- 5) 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,
- 6) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- 7) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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 ...../...../ 2015 r.	..... <b>podpis Wnioskodawcy</b>
---------------------------------	-------------------------------------



## 6. Załączniki wymagane do wniosku (1-7) 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Faktura proforma lub specyfikacja zakupu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie Nr 3

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:</b> <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):  	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
PROTEZA		
KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON		
ŁĄCZNIE		

#### 6. Informacje uzupełniające

Przyczyna amputacji kończyny:  uraz  inna, jaka: .....

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:  stabilny  niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie: .....

NIE POSIADAM PROTEZY

OD ROKU: ..... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny): .....

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY:  NIE  TAK

w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

#### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie
- 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,
- 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.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup

- protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  tak -  nie,
- 5) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10%** ceny brutto),
- 6) na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
- 7) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych,
- 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 MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- 10) o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
- 11) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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 ..... /..... /2015 r. ....  
**podpis Wnioskodawcy**

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-5) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 2a do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Faktura proforma lub specyfikacja zakupu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce	Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy	Proponowany okres dofinansowania		Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce	
		liczba miesięcy	(od-do)	miesięczny	razem w proponowanym okresie dofinansowania
<b>RAZEM:</b>					

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty opieki:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Razem</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

<p><b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b> na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</p>
numer rachunku bankowego .....
nazwa banku .....

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

#### Oświadczam, że:

- 1) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie
- 2) 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,
- 3) 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.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
- 4) posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów opieki dla osoby zależnej,
- 5) 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,
- 6) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- 7) o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,

- 8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innego dowodu księgowego).

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 ..... /..... /2015 r. ....

**podpis Wnioskodawcy**

**7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-5) oraz dodatkowe**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi - o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 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	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:	
<b>RAZEM</b>	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA NOGI, po amputacji:</b> <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: .....	
Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) ..... W .....r.	
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.	
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):	
<b>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)</b>	
numer rachunku bankowego .....	
nazwa banku .....	
*lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby	

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

**Oświadczam, że:**

- 1) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
- 2) 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,
- 3) 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.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
- 4) 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,
- 5) w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  tak -  nie,
- 6) posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
- 7) na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
- 8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
- 9) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR w Ostrołęce oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- 10) o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
- 11) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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 ..... / ..... / 2015 r. ....  
**podpis Wnioskodawcy**

**7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-5) oraz dodatkowe**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 2a do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Faktura proforma lub specyfikacja kosztów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie Nr 2

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
<b>RAZEM</b>	

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>Razem</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

NIE  TAK - w ramach (np. programu) ..... W .....r.

Wnioskodawca/podopieczny\* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

NIE  TAK (model, rok produkcji):

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął:  NIE  TAK, w dniu: ..... r.

Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła:  NIE  TAK, w dniu: ..... r.

**Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):**

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:

NIE  TAK, w dniu: ..... r.

\*- należy zaznaczyć właściwe

#### 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 .....

\*lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.



**Oświadczam, że:**

- 1) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
- 2) 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,
- 3) 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.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
- 4) 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,
- 5) 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,
- 6) o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
- 7) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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 ..... /..... /2015 r. ....  
**podpis Wnioskodawcy**

**7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-6) oraz dodatkowe**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Faktura proforma i lub specyfikacja kosztów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie Nr 2

Przez koszty uzyskania prawa jazdy rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

##### Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

Planowany termin kursu: ....., nazwa i adres ośrodka:.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:  NIE  TAK

Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu: .....

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)		
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu		
Razem		

#### 6. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY:  NIE  TAK w ..... roku w ramach .....

a także 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 .....

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

#### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPR w Ostrołęce  tak -  nie,
- 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,
- 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.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.mopr.ostroleka.pl](http://www.mopr.ostroleka.pl)
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B:  tak -  nie,

- 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
- 8) 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,
- 9) o wszelkich zmianach zawartych we wniosku powiadomię MOPR w Ostrołęce,
- 10) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innego dowodu księgowego).

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 ..... /..... /2015 r. ....

**podpis Wnioskodawcy**

### 7. Załączniki: wymagane do wniosku (1-6) oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie o terminie rozpoczęcia kursu prawa jazdy wydany przez firmę przeprowadzającą kurs (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**

**DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia: ..... r.

PESEL

Pełnoletni:  tak  nie

Płeć:  kobieta  mężczyzna

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Powiat .....

Województwo .....

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji  znaczny stopień  I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy  umiarkowany stopień  II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy  lekki stopień  III grupa inwalidzka

orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

NARZĄD WZROKU 04-O

osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<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
<input type="checkbox"/> INNA, jaka .....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

### NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia: .....

Zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie pracy jako osoba:  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

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

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę  
 stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  
 umowa cywilnoprawna  
 staż zawodowy

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....

działalność gospodarcza  
Nr NIP: .....

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej Nr....., dokonanego w urzędzie: .....

inna, jaka i na jakiej podstawie: .....

działalność rolnicza  
Miejsce prowadzenia działalności: .....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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

Czy Wnioskodawca lub podopieczny Wnioskodawcy po otrzymaniu dofinansowań ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 grudnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON naruszył warunki umowy ( między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadził do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku: tak  nie











Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE Nr:..... – WYPEŁNIA MOPR w Ostrołęce**

**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, pieczęćka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęćka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęćka 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 i podopieczny 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 (nie 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	<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 zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../...../ 2015 r.

**Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna**  **negatywna**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie: .....  - tak  - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia  - tak  - nie

*pieczęćka imienna pracownika MOPR w Ostrołęce dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczęćka imienna kierownika pracownika MOPR w Ostrołęce dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej** ...../...../ 2015 r.

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej** ...../...../ 2015 r. (o ile dotyczy)

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

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU Nr: ..... - dotyczy Modułu I**

I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja Nr 1 wniosku	Punktacja Nr 2 wniosku	
<b>1</b>	<b>Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:</b>					
a)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znaczny stopień niepełnosprawności	5	9			
b)	niepełnosprawność podopiecznego jest <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	2				
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim lub osoby głuchoniewidome	2				
<b>2</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>					
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej lub na poziomie wyższym	20	20			
b)	podopieczny pobiera naukę w gimnazjum	8				
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej	5				
<b>3</b>	<b>Inne kryteria:</b>					
a)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny ubiega się o dofinansowanie do zakupu protezy kończyny	65	101			
b)	osoby realizujące obowiązek szkolny wykazują osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat)	13				
c)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	3				
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	- w przypadku jednej osoby		2		
		- w przypadku więcej niż jedna osoba		5		
e)	Uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania wyeliminuje lub zmniejszy bariery w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji	10				
f)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	5				
<b>II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 3)</b>		<b>maksymalnie 130</b>				

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../...../2015r. (o ile dotyczy)

**OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU**

Pieczęćka 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
	.....	.....	.....

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../2015 r.

## 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.

### PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie Nr 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie Nr 2</b>
..... zł	..... zł

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

Ostrołęka, .....  
data

.....  
podpisy osób podejmujących decyzję

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

*pieczętki imienne pracownika MOPR w Ostrołęce  
przygotowującego umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna osoby podpisującej umowę*

data, podpis:



### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

**NARZĄD WZROKU 04-O**

osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....

Zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba:  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....	Nazwa pracodawcy: .....
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	Adres miejsca pracy: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....
<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	

<input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b>	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej Nr....., dokonanego w Centralnej Ewidencji Informacji Działalności Gospodarczej: .....
Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b>	Miejsce prowadzenia działalności: .....













Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE Nr:..... – WYPEŁNIA MOPR W OSTROŁĘCE**

**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	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ..... / ..... / 2015r.

Weryfikacja formalna wniosku:  pozytywna  negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie: .....  - tak  - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia  - tak  - nie

pieczętka imienna pracownika MOPR w Ostrołęce dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ..... / ..... / 2015 r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ..... / ..... / 2015 r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU Nr: ..... – dotyczy Modułu I**

KRYTERIA OCENY WNIOSKU		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja Nr 1 wniosku	Punktacja Nr 2 wniosku
<b>1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>					
a) stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	5	9		
	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	2			
b) osoby poruszające się na wózku inwalidzkim lub osoby głuchoniewidome		2			
c) występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		2			
<b>2 Aktywność zawodowa:</b>					
a) osoba aktywna zawodowo		10	25		
b) osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		15			
<b>3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>					
a) osoba rozpoczynająca lub kontynuująca studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski, studia I lub II stopnia, magisterskie)		8	8		
b) osoba rozpoczynająca lub kontynuująca naukę w szkole ponadgimnazjalnej		5			
<b>4 Inne kryteria:</b>					
a) Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do zakupu protezy kończyny		65	88		
b) Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		3			
c) dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby	2			
	– w przypadku więcej niż jedna osoba	5			
d) Uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania wyeliminuje lub zmniejszy bariery w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji		10			
e) wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		5			
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 4)</b>		<b>maksymalnie 130</b>		.....	.....

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../...../2015 r. (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU		
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)
Pieczątko imienne, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku .....	.....	.....
		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

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../2015 r.

## 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.

**Zobowiązuje 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 2	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie Nr 2	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie Nr 2
..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie Nr 3	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie Nr 4	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D
..... zł	..... zł	..... zł

#### W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie Nr 2

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 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:

Ostrołęka, .....

data

.....  
podpisy osób podejmujących decyzję

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

*pieczętki imienne pracownika MOPR w Ostrołęce  
przygotowującego umowę*

data, podpis: .....

*pieczętka imienna osoby podpisującej umowę*

data, podpis: .....