

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Sienkiewicza 20b 46-200 Kluczbork

Data Wpływu



Nr wniosku:
RS.AS.4012. / 2013

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

załącznik nr 3

WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego) o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

Obszar A – Zadanie nr 1	Obszar B – Zadanie nr 1
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
Obszar B – Zadanie nr 2	Obszar C – Zadanie nr 1
dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
Obszar C – Zadanie nr 2	
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka

opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....

PESEL

Płeć:

kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały Kod pocztowy - (pocztą) Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Powiat Województwo miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy - (pocztą) Miejscowość ulica Nr domu Nr lok. Województwo
Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....	
e'mail (o ile dotyczy):	
Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)	
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	- firma handlowa - media - PFRON - inne, jakie:

STRONA 2

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 - (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu Nr lok. Powiat Województwo miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś	
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

innym

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

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

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

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

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pcpr-kluczbork.pl**STRONA 3****OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI**

ŻŁOBEK	PRZEDSZKOLE	SZKOŁA PODSTAWOWA
GIMNAZJUM	TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	STUDIA
INNA, jaka		nie dotyczy

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo):, w skali: - (od 1 do 6) - innej, jakiej:.....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):

.....

.....

.....

.....

.....

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia:.....		bezrobotna/y	poszukująca/y pracy	nie dotyczy
zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: na czas nieokreślony inny, jaki:		Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:		
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy				
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		

STRONA 4

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak	nie
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
..... 							
***	***	***	***	***	***	*****	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórznego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)	
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	- tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	- tak - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	- tak (1 osoba) - tak (więcej niż jedna osoba) - nie
5) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)	Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt. - tak - nie
6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	- tak - nie
7) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	- tak - nie

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR STRONA 7

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, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną i merytoryczną wniosku	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)

--	--

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	- tak - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	- tak - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	- tak - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszarów: B4 i D)	- tak - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	- tak - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	- tak - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	- tak - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		/...../ 20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		pozytywna negatywna	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		- tak - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		- tak - nie	

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej/...../ 20.... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej/...../ 20.... r. (o ile dotyczy)

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

STRONA 8

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: - dotyczy Modułu I

I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1	Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:				
	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	10	20		
	a) osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące	5			
	b) podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znaczny stopień niepełnosprawności	5			
	c) niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b	5			

Wniosek „O” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

2	Aktualnie realizowany etap kształcenia:				
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej	55	70		
b)	podopieczny pobiera naukę w gimnazjum	50			
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej	40			
d)	podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt 2a	70			
3	Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny:				
a)	wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców	25	30		
b)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca i podopieczny nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)	5			
4	Inne kryteria:				
a)	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)		30		
b)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		1	60	
c)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu		1		
d)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy <i>(jeden przypadek do wyboru)</i>	– w przypadku jednej osoby 1			
		– w przypadku więcej niż jedna osoba 5			
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku)		2		
f)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia; lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo		20		
g)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter		- 20		
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		1		
II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)			maksymalnie 180		
III. Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi:					

Data przekazania wniosku do opinii eksperta// 20.....r. (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania <i>(w złotych)</i>	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku			pozytywna: negatywna: data i czytelny podpis eksperta

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:/...../20... r.

STRONA 9

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):

Obszar A – Zadanie nr 1	Obszar B – Zadanie nr 1	Obszar B – Zadanie nr 2
..... z ł	 z ł	 z ł
Obszar C – Zadanie nr 1	Obszar C – Zadanie nr 2	
..... z ł	 z ł	

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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

data

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

*pieczętka imienna pracownika PCPR
przygotowującego/podpisującego umowę*

data, podpis:

pieczętka imienna Dyrektora PCPR

data, podpis: