

Wniosek złożono w PCPR w Kolnie  
w dniu .....

Nr sprawy:



program finansowany ze środków PFRON

## Wniosek 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.

### Moduł II POMOC W UZYSKANIU WYKSZTAŁCENIA NA POZIOMIE WYŻSZYM

#### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

##### DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.  
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
przez..... ważny do ..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

##### 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 korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

##### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ... ..nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa  - media  - Realizator programu  - PFRON  - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcprkolno.pl](http://www.pcprkolno.pl)

### 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  innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b><br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma | <b>Lewe oko:</b><br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | <b>Prawe oko:</b><br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |
|--|--|---|

**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<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <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:.....  
 posiadający status  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy (i nie pozostający w zatrudnieniu)  
 nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:.....  
 na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

|  |  |
|--|--|
| Na podstawie :<br><input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę<br><input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę (okres nie krótszy niż trzy miesiące)<br><input type="checkbox"/> zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) | Nazwa pracodawcy: .....<br>Adres miejsca pracy: .....<br>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: ..... |
|--|--|

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

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b><br>(w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej)<br><br>Nr NIP: ..... | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:<br>.....<br><br><input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:..... |
| <input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b><br>(w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników)                        | <b>Miejsce prowadzenia działalności:</b><br>.....  |

| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE                   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe     | <input type="checkbox"/> gimnazjalne      | <input type="checkbox"/> zawodowe   |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe         | <input type="checkbox"/> inne, jakie:     |                                     |

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

| Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym składa wniosek, w tym poprzez PCPR lub MOPR? |   |  |                             |                    |                        | tak <input type="checkbox"/>                           | nie <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|-----------------------------|--------------------|------------------------|--|------------------------------|
| Cel<br>(nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)   | Przedmiot dofinansowania<br>(co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent<br>(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) |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| .....  | .....   | .....  | .....                       | .....              | .....                  | .....  |                              |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>  |   |  |                             |                    |                        |  |                              |

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b>                                    | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| <b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b>                     | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....                      |                              |                              |
| .....  |                              |                              |
| <b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |                              |                              |

### 3. 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 |                  |   |
| Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego) |                |   |                  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze/semestr)

| Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki   | Koszt (w zł) | Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł | Udział własny* | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|--------------|---|----------------|--------------------------|
| Opłata za naukę (czesne):<br>..... **   |              |   |                |                          |
| Opłata za naukę (czesne):<br>..... **   |              |   |                |                          |
| Opłata za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich                                  |              |   |                |                          |
| Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia   |              |   |                |                          |
| Wnioskuję o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia z uwagi na****:   |              |   |                |                          |
| - występowanie więcej niż jednej przyczyny wydania orzeczenia o niepełnosprawności. (Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności) |              |   |                |                          |
| - ponoszenie kosztów z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania   |              |   |                |                          |
| - posiadanie aktualnej (ważnej) Karty Dużej Rodziny   |              |   |                |                          |
| - pobieranie nauki jednocześnie na dwóch lub więcej kierunkach studiów /nauki.  |              |   |                |                          |
| - studiowanie w przyspieszonym trybie   |              |   |                |                          |
| - jestem osobą poszkodowaną w 2018 lub w 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych   |              |   |                |                          |
| - korzystanie z usług tłumacza języka migowego  |              |   |                |                          |
| <b>Razem</b>  |              |   |                |                          |

\*dotyczy zatrudnionych wnioskodawców i wynosi (15% w przypadku jednej formy kształcenia na poziomie wyższym- na jednym kierunku; w przypadku więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (więcej niż jeden kierunek) 65%.)

**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**

numer rachunku bankowego ..... (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nazwa banku .....

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

### Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel w roku 2019 za pośrednictwem innego Realizatora,
- 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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpkolo.no.pl](http://www.pcpkolo.no.pl)
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
- nie naruszyłam(am) warunków umowy dofinansowania ze środków PFRON (m.in. poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy), a w przypadku naruszenia doprowadziłam do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy do rozliczenia lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dokumentu,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów czesnego - dotyczy zatrudnionych beneficjentów programu.
- aktualnie nie mam przerwy w nauce (urlop dziekański, urlop zdrowotny).

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.

.....  
miejsce

.....  
data

.....  
podpis Wnioskodawcy

## 7. Załączniki

| 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) albo orzeczenia niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 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.<br><b>Uwaga!</b> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia <b>odrębny dokument</b> dla każdej szkoły lub kierunku nauki. 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  | <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. Informacja o uzyskanej pomocy ze środków PFRON w ramach różnych form kształcenia na poziomie wyższym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku).  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8. Kserokopia Karty Dużej Rodziny (o ile dotyczy)  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10. Oświadczenie o ponoszeniu kosztów z tytułu pobierania nauki poza miejscem zamieszkania   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11. Inne załączniki (należy wymienić)  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 13.  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

**Deklaracja bezstronności**

**Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

|   |   |
|---|---|
| Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów 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: ..... / ..... / 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:*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... 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"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 3<br>..... zł |
| <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 4<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2<br>..... zł |
| <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 4<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5<br>..... zł |
| <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4<br>..... zł |
| <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5<br>..... zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D<br>..... zł                |  |

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

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Koszty kursu i egzaminów:<br>..... zł | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:<br>..... zł |
|---------------------------------------|---|

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

|  |   |
|--|---|
| Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:<br>..... zł | Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:<br>..... 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:<br>..... zł | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:<br>..... zł |
|---|--|

### UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ

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

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:



*Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*