

I. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

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

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym

Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca jest osobą leżącą

Wnioskodawca jest po amputacji kończyn/y dolnej:

NARZĄD WZROKU 04-O

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

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

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

II. Sytuacja zawodowa *

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*
3. bezrobotny poszukujący pracy*/rencista poszukujący pracy*
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy
5. dzieci i młodzież do lat 18

III.A. Sytuacja mieszkaniowa – -status prawny nieruchomości (wypełnia się w przypadku barier architektonicznych) ¹

1. wnioskodawca jest właścicielem nieruchomości	
2. wnioskodawca jest użytkownikiem wieczystym nieruchomości	
3. wnioskodawca posiada zgodę wściana lokalu lub budynku, w którym stale zamieszkuje	
4. wnioskodawca jest właścicielem mieszkania	

III.B. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania (wypełnia się w przypadku barier architektonicznych) *

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*,
2. inne*
3. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
5. opis mieszkania: pokoje(podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, z wc*, bez wc*
6. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*,
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych

III.C. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne) ¹

- Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe
- Prowadzę wspólne gospodarstwo domowe:

IV. OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający

miesiąc złożenia wniosku wynosił:Złotych

(słownie:))

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ¹

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków finansowych PFRON

tak nie

Cel lub nazwa zadania	Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

¹ proszę wstawić X we właściwej rubryce,

* niepotrzebne skreślić

VI. Dane informujące o Wnioskodawcy ¹

a) wykształcenie	zaznacz właściwe	b) rodzaj źródła utrzymania	Zaznacz właściwe
1. osoba pobiera naukę w której realizowana jest podstawa programowa wychowania przedszkolnego klasa zerowa lub pobiera naukę w ramach innych form kształcenia		1. wynagrodzenie za pracę	
2. niepełne podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. podstawowe		3. renta stała*/emerytura*	
4. zawodowe		4. renta okresowa	
5. średnie ogólnokształcące		5. renta szkoleniowa	
6. średnie zawodowe		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. policealne		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe		8. stypendium	
9. . wyższe ze stopniem naukowym		9. alimenty*/inne*	

VII. 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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Cel likwidacji barier (należy uzasadnić jaki jest cel ubiegania się o dofinansowanie w oparciu o indywidualne potrzeby osoby niepełnosprawnej)
2) Wykaz planowanych przedsięwzięć, zakupów
3) Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania
4) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
5) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (nigdy nie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie

¹ proszę wstawić X we właściwej rubryce,

* niepotrzebne skreślić

X. Przewidywany koszt realizacji zadania w zł: cyframi.....zł)
(słownie:.....zł)

Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w zł: cyframi:.....zł)
(słownie:zł)

co stanowi.....% ogólnych kosztów zadania.

Udokumentowana informacja o wysokości środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł finansowania zadania:

1. Deklarowane środki własne.....zł
2. Inne źródła finansowania ogółem:.....zł, z tego:
.....zł; źródło
.....zł; źródło-.....

Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania, do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania:.....zł.

Źródła finansowania.....
.....

Oświadczenia

1. Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych umieszczoną na stronie internetowej: <http://pcpr.szczecinek.pl/>
2. Podanie danych osobowych przez wnioskodawcę **jest dobrowolne i nie wymaga wyrażenia przez wnioskodawcę zgody na przetwarzanie danych osobowych.** Przekazanie danych osobowych przez wnioskodawcę jest warunkiem ubiegania się o dofinansowanie.
3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej / kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalenie przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzenie fotografii).
4. **Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w tym zakresie.**
5. Wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.
7. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem /am odpowiednio dofinansowania na likwidację barier technicznych i w komunikowaniu się ze środków PFRON.
7. **Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek, zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków i przyjęciu przez Radę Powiatu w Szczecinku uchwały dot. podziału środków PFRON na zadania z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej na 20..... rok.**
8. 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.
9. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawy(dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka

imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

(dokładny adres)

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr. kier.).....

ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt/na mocy pełnomocnika potwierdzonego przez Notariusza z dn. repet. nr)*

* *niepotrzebne skreślić*

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....

2. Potrzeby w zakresie barier *

- Likwidacji barier architektonicznych -dostosowanie pomieszczeń mieszkalnych lub budynków;
- Likwidacji barier w komunikowaniu się- zakup sprzętu elektronicznego np. komputer, telefon komórkowy;
- Likwidacji barier technicznych -zakup sprzętu urządzeń ułatwiających codzienne funkcjonowanie.

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pola znakiem X):

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji¹:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> porażenie cztero kończynowe | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy |
| <input type="checkbox"/> osoba leżąca | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> osoba po amputacji kończyn/kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się za pomocą kul lub balkonika | <input type="checkbox"/> autyzm |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... | |

4. Główna przyczyna niepełnosprawności(można zaznaczyć maksymalnie 3 przyczyny¹):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego |
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku | <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie narządu ruchu | <input type="checkbox"/> epilepsja |
| <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążeniowego | <input type="checkbox"/> inne, w tym schorzenia endokrynologiczne,
metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, |

Opis schorzenia:

.....
miejsowość data

¹ proszę wstawić X we właściwej rubrykach

.....
pieczętka i podpis lekarza

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1, ze zm.) zwaną – RODO – informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku.
- 2) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować również z wyznaczonym przez nas inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 lit. c, d, f oraz art. 9 ust 2 b, g, j RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych*** w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z § 10, § 11 oraz § 13 pkt 4 i § 14 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926); podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczania korespondencji.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67 ze zm.), przez okres minimum 10 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy.
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania; w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych.
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania;
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO.
- 10) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów § 11 ww. rozporządzenia, a odmowa ich podania będzie skutkowała brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że poniższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: ¹

- numeru telefonu adresu e-mail
- zaświadczenia lekarskiego

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania oraz weryfikacji potrzeb wynikających z niepełnosprawności sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych***

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

.....
data, czytelny podpis

¹ proszę wstawić X we właściwej rubrykach

* niepotrzebne skreślić

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA PCPR

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	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 (<i>zaznaczyć właściwe</i>):	UWAGI
1	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważne	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Do wniosku dołączono zaświadczenie lekarskie wypełnione w języku polskim	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z indywidualnymi potrzebami	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wnieście 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 i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
8	Umowa lokalu mieszkalnego/akt notarialny (dotyczy barier architektonicznych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
9	Dokumentacja fotograficzna wymagana w przypadku barier architektonicznych	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
10	Szkie, projekt, kosztorys wykonany przez osobę posiadającą odpowiednie uprawnienia (dokumenty należy dołączyć w przypadku zakwalifikowania wniosku w ramach barier architektonicznych do II etapu)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
11	Oferta cenowa/kosztorys (dotyczy barier w komunikowaniu się i technicznych)	<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 jednostki organizacyjnej dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna dyrektora jednostki organizacyjnej

data, podpis:

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

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

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:					
a) stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	10	35		
	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5			
	lekki (III grupa inwalidzka)	2			
b) osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidoma		10			
osoby z dysfunkcją narządu ruchu lub chorobami neurologicznymi wynikającymi z orzeczenia o niepełnosprawności		5			
c) osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, lub osoby leżące		15			
d) osoby mające problemy w komunikacji ze względu na dysfunkcje wzroku, słuchu lub autyzm/dotyczy barier w komunikowaniu się.		10			
e) występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c lub posiadając inne dysfunkcje, poświadczone zaświadczeniem lekarskim o problemach w poruszaniu się		5			
2 Aktywność zawodowa:					
a) osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		10	20		
b) osoba w wieku aktywności zawodowej		10			
3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:					
a) Osoba pobiera naukę w której realizowana jest podstawa programowa wychowania przedszkolnego klasa zerowa lub pobiera naukę w ramach innych form kształcenia		15	15		
b) Osoba pobiera naukę w szkole podstawowej		10			
d) Osoba pobiera naukę w szkole ponadpodstawowej i wyżej		15			
4 Miejsce zamieszkania:					
a) wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	25/5		
b) dotyczy wyłącznie likwidacji barier architektonicznych – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca są bariery architektoniczne (brak podjazdu, poręczy)		20			
5 Inne kryteria:					
a) Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na przedmiot dofinansowania objęty wnioskiem		5	55/30		
b) Wnioskodawca jest osobą, zamieszkującą w złych warunkach mieszkaniowych dotyczy barier architektonicznych		10			
c) Wnioskodawca jest osobą zamieszkującą samotnie		5			
d) dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby	5			
	– w przypadku więcej niż jedna osoba	10			
e) Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość codziennego funkcjonowania		5			
f) wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		5			
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)		maksymalnie 150- dotyczy barier architektonicznych maksymalnie 105 – dotyczy barier w komunikowaniu się i technicznych	

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU		
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)
Pieczętka imienna, data, podpis

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach likwidacji barier.....

negatywna: w ramach likwidacji barier.....

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"/> bariery architektoniczne	<input type="checkbox"/> bariery techniczne	<input type="checkbox"/> bariery w komunikowaniu się
..... zł zł zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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

data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

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

**pieczętki imienne pracowników
przygotowujących/podpisujących umowę**

data, podpis:

**pieczętka imienna dyrektora właściwej
jednostki organizacyjnej**

data, podpis: