

Nr sprawy:



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

Załącznik nr 1 do procedury zewnętrznej nr MOPS – 51 w 2014 r.

WNIOSEK „P” wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o pomoc ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w Module II

We 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.

CZEŚĆ A WNIOSKU (należy zaznaczyć właściwy Moduł i/lub Obszar przez zakreślenie pola)

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym | | |
| Złożyłem(am) także wniosek/wnioski w 2014 roku na: | | |
| <input type="checkbox"/> Moduł I | <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 | <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 |
| | pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B |
| | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 |
| | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania | dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania |
| | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 |
| | pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |
| | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3 | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4 |
| | pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (co najmniej na III poziomie jakości) |
| <input type="checkbox"/> Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej | | |

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie wymagane pola lub określić właściwą odpowiedź

| | |
|---|--|
| DANE PERSONALNE | |
| Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar. | |
| Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez.....z terminem ważności do dniar. | |
| Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty | |
| Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA | ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) |
| Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(poczta)</small> | Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(poczta)</small> |
| Miejscowość | Miejscowość |
| Ulica | Ulica |
| Nr domu nr lok. Powiat | Nr domu nr lokalu |
| Województwo | Powiat |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania): | Województwo |
| | Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e’mail (o ile dotyczy): |
| Źródło informacji o możliwości uzyskania pomocy w ramach programu | <input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie: |

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"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> 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):

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - 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 |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y zarejestrowana/y w urzędzie pracy od dnia:
 poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w urzędzie pracy od dnia: 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 <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 | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza | Miejsce prowadzenia działalności: |

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: | |

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I

| | | |
|---|---|--|
| <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"/> INNA, jaka: |
| <input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | <input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE | <input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE |
| <input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek, w tym poprzez PCPR lub MOPS? | | | | | | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|--------------------------------|--------------------|---------------------------|--|------------------------------|
| Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot pomocy (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 pomoc: | | | | | | | |

Oświadczam, że:

- nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
- nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Realizatora programu.

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania/refundacji

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: TAK NIE

| | | | | |
|---|--|--|------------------|---|
| Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana/zrefundowana 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 (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>) | | |
| Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów) | | Data rozpoczęcia nauki/studiów | | |
| Nauka odbywa się w systemie: <input type="checkbox"/> stacjonarnym <input type="checkbox"/> niestacjonarnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy | | | | |
| Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | | | | |
| Wnioskodawca pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 pomocy (na półrocze)

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

* 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 pomocy

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

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

nazwa banku

(w celu uniknięcia pomyłki wskazane jest dołączenie danych rachunku bankowego w formie wydruku!!!)

* 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 w bieżącym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- zgłoszę bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych w niniejszym wniosku,
- 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, a także: www.mops.krakow.pl,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o pomoc nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy w sprawie pomocy 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 **nie byłem(am)** stroną umowy w sprawie pomocy ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznawania pomocy, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznawania pomocy jej rozliczenie w zakresie opłaty za naukę (czesne) nastąpi na podstawie podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innych dowodów księgowych, a także potwierdzenia poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię/szkołę, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe),
- do dnia złożenia wniosku nie uzyskałem pomocy ze środków Funduszu w ramach programów PFRON: „STUDENT – kształcenie „ustawiczne osób niepełnosprawnych”, „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych” oraz „Aktywny samorząd – Moduł II” do większej liczby semestrów/półroczy niż 20 (dwudziestu) na różnych formach kształcenia na poziomie wyższym.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

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

podpis Wnioskodawcy

6. Załączniki: wymagane do wniosku 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 netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w części D wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w części E wniosku) – wypełnione i podpisane 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 2 do procedury MOPS-51) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. Osoby, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studenci uczelni zagranicznych – 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 pomoc finansową na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | W przypadku refundacji, zapłacona i podpisana przez Wnioskodawcę faktura VAT (lub inne dowody księgowe, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię/szkołę, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe), dotycząca opłaty za naukę (czesne) za semestr/półroczne, na które ma być udzielona pomoc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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 (nie dotyczy Modułu II) | 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 pomocy) |
| | | | |

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (<i>zaznaczyć właściwe</i>): | UWAGI |
|-----|--|--|-------|
| 1 | Wnioskodawca/podopieczny Wnioskodawcy spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania pomocy | <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 pomocy 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), dane we wniosku są poprawne. | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy, istnieje zgodność reprezentacji wnioskodawcy lub jego podopiecznego | <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 oceny merytorycznej// 20.... r.

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

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie

DECYZJA W SPRAWIE POMOCY ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach Modułu II:.....

negatywna: w ramach Modułu II:.....

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 POMOCY DO WYSOKOŚCI (w zł):

Moduł II

| | |
|---|--|
| Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich: | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: |
| zł | zł |

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty pomocy ze środków PFRON

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przez **średni miesięczny dochód netto** należy rozumieć średni miesięczny dochód netto, 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 netto |
|--|------------------------|--------------------------------|
| 1. | Wnioskodawca: | |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: | | X |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| RAZEM | | |

Oświadczam, także że:

1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł. (słownie złotych:))

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość podpis Wnioskodawcy

Uwaga!

Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (część E wniosku).

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez samorząd powiatowy oraz ich udostępnienie przez Realizatora do PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Gminę Miejską Kraków – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie ul. Józefińska 14 (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 pomoc ze środków PFRON.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Gminę Miejską Kraków – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie ul. Józefińska 14 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

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

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie