

Standardy realizacji przez samorząd powiatowy zadań finansowanych ze środków PFRON

Standard, to zbiór wzorców realizacji zadania publicznego, mających na celu zapewnienie pożądanej jakości realizowanej usługi i ujednoczenie sposobu postępowania w przypadku realizacji zadania przez wiele podmiotów. Stanowią zobowiązanie realizatora zadania wobec osób uprawnionych do realizacji usług na zagwarantowanym poziomie, mając na względzie zasoby finansowe i kadrowe realizatora, wymogi prawne oraz inne uwarunkowania realizacji zadania (takie jak okres dostępności środków finansowych). Upowszechnienie standardów zagwarantuje osobom niepełnosprawnym (o zbliżonych potrzebach wynikających z niepełnosprawności) uzyskanie takiej samej pomocy niezależnie od miejsca zamieszkania.

A. Standardy związane z dokonywaniem podziału środków przekazywanych przez PFRON na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej

1. Podział środków między rehabilitację społeczną i zawodową oraz poszczególne zadania w ramach tych rodzajów rehabilitacji odbywa się z uwzględnieniem doświadczeń lat poprzednich, zidentyfikowanych potrzeb osób niepełnosprawnych na terenie powiatu oraz na podstawie powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych.
2. Podział środków między zadania konsultowany jest nie tylko ze Społeczną Powiatową Radą Osób Niepełnosprawnych, ale również z gminami wchodzącymi w skład powiatu.
3. W przypadku niedoboru środków w danym roku powiat ma prawo realizacji tylko wybranych zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i/lub zawodowej, dokonując wyboru zadań na podstawie zidentyfikowanych potrzeb osób niepełnosprawnych oraz priorytetów powiatu określonych w powiatowych programach działań na rzecz osób niepełnosprawnych.
4. Dążąc do jak najbardziej efektywnego wykorzystania środków, mając na uwadze fakt, że potrzeby znacznie przewyższają dostępne środki, Rada Powiatu, podejmując uchwałę w sprawie podziału środków z PFRON na realizację zadań powiatu w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej, upoważnia Zarząd Powiatu do dokonania, w razie nagłej potrzeby lub stwierdzenia wolnych środków w innych zadaniach (brak zapotrzebowania), przesunięcia środków w ramach zadań, w celu zaspokojenia potrzeb osób niepełnosprawnych.

B. Standardy związane z wyborem przez powiaty wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON rehabilitacji społecznej i zawodowej

1. Wszystkie zadania realizowane przez powiat ze środków PFRON oparte są na diagnozie funkcjonalnej oraz hierarchii potrzeb osób niepełnosprawnych, a także zestawione są z pomocą udzieloną ze środków publicznych przez inne instytucje i PFRON w ramach odrębnych zadań i programów.
2. Wybór wniosków jest przejrzysty i oparty o jasne kryteria podane do wiadomości publicznej.
3. W pierwszej kolejności stosowane są kryteria wynikające z przepisów prawa.
4. Powiat, szczególnie w sytuacji niedoboru środków, może, dokonać zmniejszenia limitu dofinansowania w stosunku do maksymalnego dofinansowania wynikającego z przepisów, biorąc pod uwagę zadeklarowane dochody osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym i/lub zastosować dodatkowe kryteria wyboru wniosków. Dodatkowe kryteria opracowywane są na podstawie analizy potrzeb osób niepełnosprawnych, mając na względzie zasadność, celowość i efektywność wsparcia dla osoby niepełnosprawnej.

5. Dodatkowe kryteria uzyskują pozytywną opinię Powiatowej Społecznej Rady Osób Niepełnosprawnych i zatwierdzone są przez Radę Powiatu.
6. Dodatkowe kryteria wyboru wniosków podawane są do publicznej wiadomości w tym samym miejscu (na stronie internetowej i w siedzibie urzędu), gdzie znajduje się informacja o realizacji zadania i formularz wniosku.
7. W przypadku zadań:
 - a. likwidacja barier architektonicznych,
 - b. likwidacja barier technicznych,
 - c. likwidacja barier w komunikowaniu się,
 - d. zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny osób niepełnosprawnych, osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej,
 - e. dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnychpowoływana jest komisja dokonująca oceny i wyboru wniosków do dofinansowania.
8. W skład komisji oceny i wyboru wniosków wchodzi, jeśli to możliwe, przedstawiciele lokalnych organizacji pozarządowych oraz przedstawiciele gmin (na przykład pracownicy socjalni MOPS).
9. Komisja oceny i wyboru wniosków korzysta, jeśli pozwalają na to zasoby finansowe organu oraz jeśli skala złożoności oceny wniosków tego wymaga, z opinii niezależnych ekspertów (np. eksperta ds. nadzoru budowlanego oraz ds. projektowania uniwersalnego w przypadku zadania dot. likwidacji barier architektonicznych, eksperta ds. rehabilitacji w przypadku zadania związanego z zaopatrzeniem w sprzęt rehabilitacyjny, itp.).
10. W procesie oceny i wyboru wniosków nie mogą brać udziału osoby, w przypadku których zachodzi podejrzenie konfliktu interesów (np. osoby spokrewnione z wnioskodawcami, przedstawiciele organizacji pozarządowych, które są wnioskodawcami w danym zadaniu, itp.). Wszyscy członkowie komisji oceny i wyboru wniosków oraz współpracujący z nimi eksperci, po zapoznaniu się z listą wniosków do oceny, podpisują oświadczenie o braku konfliktu interesów.
11. Regulamin pracy komisji oceny i wyboru wniosków podany jest do publicznej wiadomości. Publikowany jest na stronie internetowej i w siedzibie urzędu w tym samym miejscu, w którym znajduje się informacja o zadaniu oraz wniosek o dofinansowanie.
12. W przypadku zadania dotyczącego likwidacji barier architektonicznych, biorąc pod uwagę zasoby kadrowe oraz finansowe organu, przed udzieleniem dofinansowania dokonuje się wizji lokalnej w celu zebrania dodatkowych informacji niezbędnych do oceny wniosku.
13. W przypadku braku środków oraz w związku z możliwością składania wniosków w trybie ciągłym przez osoby niepełnosprawne, powiat informuje wnioskodawcę o pozytywnym rozpatrzeniu wniosku oraz pozostawieniu wniosku do dofinansowania do chwili uzyskania przez powiat środków finansowych. Wniosek taki podlega aktualizacji. Należy unikać wymagania od wnioskodawcy składania po wielokroć wniosku w związku z odrzuceniem poprzedniego wniosku z powodu braku środków.

14. W przypadku zadania związanego ze zlecaniem fundacjom i organizacjom pozarządowym zadań z zakresu rehabilitacji osób niepełnosprawnych preferowane są działania prowadzone w sposób systematyczny i regularny, przyczyniające się do długotrwałego pobudzenia aktywności społecznej osób niepełnosprawnych.

C. Standardy związane z informowaniem osób uprawnionych o możliwości uzyskania wsparcia ze środków PFRON w ramach realizacji zadań przez powiat

1. Zakres wsparcia dostępny dla osób niepełnosprawnych w danym roku w powiecie ogłoszony jest do publicznej wiadomości, co najmniej na stronie internetowej urzędu oraz w jego siedzibie. Informacja o dostępnym zakresie wsparcia dla osób niepełnosprawnych przedstawiona jest w podziale na poszczególne zadania realizowane przez powiat w danym roku.
2. Informacja o dostępnym zakresie wsparcia udostępniona jest również osobom niedowidzącym i niewidomym (wersja czytana tekstu) a także osobom niesłyszącym lub niedosłyszącym.
3. Na głównej stronie internetowej oraz w siedzibie urzędu (w widocznym miejscu) zamieszcza się ogłoszenie, w jaki sposób można uzyskać dodatkowe informacje na temat zakresu wsparcia osób niepełnosprawnych (numer telefonu, nr biura lub nazwa komórki organizacyjnej, adres e-mail, itp.)
4. Informacja o dostępnym zakresie wsparcia dla osób niepełnosprawnych powinna zostać sformułowana w prosty sposób. Zaleca się stosowanie przykładów (np. sposobu obliczenia dofinansowania) oraz dokładnej informacji o maksymalnej kwocie dofinansowania i o maksymalnej kwocie dochodu, od której uzależniona jest możliwość wnioskowania o pomoc (o ile ten warunek dotyczy danego zadania). Należy unikać kopiowania wprost zapisów ustawy czy rozporządzenia.
5. Dodatkowe kryteria wyboru wniosków-i sposób ich oceny stanowią integralną część informacji o dostępnym zakresie wsparcia w ramach każdego zadania.

D. Standard wniosku o dofinansowanie zadania

1. Do każdego zadania, które jest realizowane w danym roku w powiecie stosowany jest jednolity wzór wniosku.
2. W przypadku zadań, do których wzory wniosków wynikają z przepisów prawa, stosuje się te wzory. Jeśli istnieje potrzeba zgromadzenia innych dodatkowych danych o wnioskodawcy, w szczególności w przypadku stosowania w powiecie dodatkowych kryteriów wyboru wniosków, określony w przepisach wzór wniosku uzupełniany jest o dodatkowy zakres informacji, przedstawionych w formie załącznika/ów. Wniosek zawiera zatem wszystkie elementy wymagane na podstawie przepisów oraz dodatkowe informacje umożliwiające ocenę wniosku, zgodnie ze stosowanymi w powiecie dodatkowymi kryteriami wyboru wniosku.
3. W przypadku zadań, do których nie określono wzoru wniosku, powiat opracowuje własny wzór wniosku i podaje go do wiadomości publicznej.
4. Wzór wniosku dostępny jest na stronie internetowej organu w formacie umożliwiającym jego pobranie i wypełnienie elektronicznie.
5. Nie należy wymagać załączników do wniosku, jeśli wynikające z tych załączników fakty lub stan prawny są znane organowi z urzędu lub są możliwe do ustalenia (w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym

podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione wcześniej przez wnioskodawcę) lub powielają się w kolejnych wnioskach.

6. Na potrzeby szerszego monitoringu i ewaluacji udzielanego wsparcia wzór wniosku umożliwia gromadzenie przez organ informacji dotyczących wnioskodawcy, w tym przede wszystkim:
 - a. Stopnia niepełnosprawności
 - b. Głównej dysfunkcji
 - c. Wiek (na podstawie PESEL)
 - d. Płci
 - e. Poziomu wykształcenia
 - f. Statusu na rynku pracy
 - g. Danych kontaktowych (nr tel., e-mail)
 - h. Miejsce zamieszkania (adres)

E. Standardy związane z oceną efektów wsparcia

1. We wniosku o dofinansowanie wnioskodawca określa spodziewane efekty, które powinny zostać osiągnięte po uzyskaniu wsparcia ze środków PFRON.
2. Po udzieleniu wsparcia finansowego prowadzona jest ewaluacja (ocena) jego skuteczności i efektywności, m.in. na ile zostały osiągnięte zakładane efekty, w jakim stopniu zaspokojone zostały potrzeby osób niepełnosprawnych, jak beneficjenci oceniają otrzymane wsparcie, jaki jest koszt wsparcia.
3. Wnioski z ewaluacji będą służyły zwiększeniu skuteczności i efektywności realizacji poszczególnych zadań w kolejnych okresach.
4. Na potrzeby ewaluacji, wniosek o dofinansowanie zadania zawiera zobowiązanie wnioskodawcy (lub jego pełnomocnika) do udziału w ewaluacji efektów uzyskanego dofinansowania ze środków PFRON (np. wypełnienia ankiety ewaluacyjnej).
5. W ankiecie ewaluacyjnej znajdują się m.in. pytania dotyczące określonych we wniosku spodziewanych efektów wsparcia ze środków PFRON będących w dyspozycji powiatu.

Poniżej znajduje się propozycja formularzy do zastosowania w realizacji zadań samorządu powiatowego dofinansowanych ze środków PFRON, sporządzona na podstawie analizy praktyki jednostek samorządu powiatowego i zidentyfikowanych dobrych praktyk.

Zadanie dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, W FUNKCJONOWANIU KTÓREJ BARIERA ARCHITEKTONICZNA ZOSTANIE USUNIĘTA)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Sytuacja na rynku pracy (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Uczę się/ studiuje	
Pracuję	
Pracuję i studiuje/uczę się	
Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy	

Poziom wykształcenia (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe-specjalne	
Podstawowe	
Podstawowe-specjalne	
Gimnazjalne	
Gimnazjalne-specjalne	
Zasadnicze zawodowe	

Zasadnicze-specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	
Wyższe	

Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe

razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób

Razem dochód w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	..... zł
Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym)	..... zł

Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałam /em: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)				
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Numer rachunku bankowego (jeśli wnioskodawca nie posiada rachunku, proszę wpisać NIE DOTYCZY):.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

PLANOWANA LIWIDACJA BARIERY ARCHITEKTONICZNEJ

Zakres planowanych robót/dostaw (proszę wstawić X we właściwym miejscu)

Dostosowanie pomieszczeń sanitarnych (łazienki i/lub wc)	
Likwidacja progów	
Budowa podjazdu/pochylni	
Zakup, dostawa, montaż podnośnika	
Zakup i montaż platformy schodowej	
Zakup i montaż transportera schodowego	
Zakup i montaż windy przyściennej	
Zakup i montaż drzwi wejściowych (zewnętrznych) o odpowiedniej szerokości	
Dostawa, zakup, montaż poręczy i uchwytów w ciągach komunikacyjnych ułatwiających poruszanie się	
Inna (proszę określić jakie):	

Jakie efekty przyniesie likwidacja bariery architektonicznej? (proszę wstawić X we właściwym miejscu)

Większa samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i>	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery architektonicznej zwiększy szanse na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i>	
Inne efekty (proszę określić jakie):	

Kosztorys likwidacji bariery architektonicznej

L. p.	Planowane zakupy/roboty	Kwota brutto w zł
1.		
2.		
3.		
Łącznie koszty inwestycji		
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (nie może przekroczyć XXX% przewidywanego całkowitego kosztu zakupu ani kwoty xxxx zł.)		
Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (musi wynosić co najmniej xxx% przewidywanego całkowitego kosztu zakupu)		

Przewidywany czas realizacji inwestycji

Czas trwania (liczba miesięcy):.....

Planowany termin rozpoczęcia realizacji inwestycji:

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez [nazwa urzędu] i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań [nazwa urzędu] na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1996r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzanie nagrań, fotografii lub filmów).

Oświadczam, że stale zamieszkuję w lokalu, w którym zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.

Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów jakie przyniesie likwidacja barier architektonicznych.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Do wniosku należy załączyć:

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,

3. dokument potwierdzający tytuł do lokalu (własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości) lub zgodę właściciela lokalu lub budynku, w którym wnioskodawca stale zamieszkuje (zgoda właściciela lokalu lub budynku jest wymagana w sytuacji: a) jeżeli likwidacja bariery nastąpi wewnątrz lokalu lub budynku, którego właścicielem lub użytkownikiem wieczystym nie jest wnioskodawca, b) jeżeli likwidacja bariery dotyczy prac na zewnątrz lokalu w budynku wielorodzinnym, w którym wnioskodawca stale zamieszkuje (bez względu na tytuł do lokalu).

Załączniki wymienione w pkt. 1-2 nie są wymagane w przypadku, gdy wynikające z nich fakty lub stan prawny są znane instytucji z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione przez wnioskodawcę.

Karta weryfikacji formalnej wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania mieści się w dopuszczalnym limicie procentowym i kwotowym?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			
Czy wnioskodawca zadeklarował minimalny wymagany udział własny?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Dodatkowe kryteria oceny wniosku

Proponowane kryteria oceny wniosków o likwidację barier architektonicznych umożliwią określenie kolejności dofinansowania złożonych i pozytywnie rozpatrzonych wniosków. Powiaty mają możliwość stosowania dodatkowych kryteriów wynikających ze specyfiki potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie. Powiaty określają wagi oraz punktację dla poszczególnych kryteriów, w zależności od potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie i wysokości dostępnych środków.

1. Zasadność zakresu prac lub zakupów w stosunku do zakresu funkcjonowania wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, w odniesieniu do których likwidacja bariery architektonicznej jest najbardziej zasadna. Stopień zasadności jest określany na podstawie przeprowadzonej wizji lokalnej w miejscu zamieszkania wnioskodawcy z uwzględnieniem dysfunkcji wnioskodawcy.

2. Stopień trudności w poruszaniu się wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom z największym stopniem trudności w poruszaniu się. Stopień trudności określany jest na podstawie przeprowadzonej wizji lokalnej w miejscu zamieszkania wnioskodawcy.

3. Stopień niepełnosprawności

Pierwszeństwo przyznaje się osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieciom do 16. roku życia.

4. Potencjalny wpływ likwidacji bariery architektonicznej na aktywność zawodową wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które wiarygodnie uzasadniły zwiększenie szans na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej, co zostało potwierdzone podczas przeprowadzonej wizji lokalnej w miejscu zamieszkania wnioskodawcy i rozmowy z wnioskodawcą.

5. Sytuacja zawodowa

Pierwszeństwo przyznaje się osobom aktywnym zawodowo oraz dzieciom i młodzieży uczącej się lub studiującej.

6. Liczba osób niepełnosprawnych we wspólnym gospodarstwie domowym wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się wnioskowi, dzięki realizacji którego kilka osób niepełnosprawnych skorzysta z likwidacji bariery architektonicznej.

7. Miejsce zamieszkania wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom niepełnosprawnym zamieszkującym obszary wiejskie.

8. Średni dochód miesięczny na członka we wspólnym gospodarstwie domowym

Pierwszeństwo przyznaje się osobom z najniższym dochodem na członka we wspólnym gospodarstwie domowym

9. Czas oczekiwania na uzyskanie dofinansowania

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które najdłużej oczekują na przyznanie dofinansowania na likwidację bariery architektonicznej.

10. Korzystanie ze środków PFRON w latach ubiegłych

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które nie korzystały w przeszłości ze środków PFRON.

Załącznikiem do karty oceny wniosku jest notatka z wynikami wizji lokalnej:

Informacje zebrane podczas wizji lokalnej:

1. Informacja nt. warunków mieszkaniowych wnioskodawcy

Charakterystyka	Zaznaczenie
Dom jednorodzinny	
Dom wielorodzinny komunalny	
Dom wielorodzinny prywatny	
Dom wielorodzinny spółdzielczy	
Własność	
Wynajem	
budynek parterowy	
piętrowy	
mieszkanie na (podać kondygnację)	
o powierzchni w m ²	
przybliżony wiek budynku lub rok budowy	
Liczba pokoi	

Z kuchnią	
Z łazienką	
Z WC	
łazienka z wanną	
łazienka z prysznicem	
W mieszkaniu jest instalacja wody zimnej	
W mieszkaniu jest instalacja wody ciepłej	
W mieszkaniu jest kanalizacja	
W mieszkaniu jest centralne ogrzewanie	
W mieszkaniu jest gaz	
W mieszkaniu jest prąd	
Inne istotne informacje o warunkach mieszkaniowych	

2. Trudności wnioskodawcy w poruszaniu się i ocena celowości likwidacji bariery architektonicznej

Opis trudności wnioskodawcy w poruszaniu się i ocena stopnia w jakim planowany zakres prac zmniejszy lub usunie te trudności:

3. Potencjalny wpływ likwidacji bariery architektonicznej na aktywizację społeczno-zawodową wnioskodawcy

Opis sytuacji społeczno-zawodowej wnioskodawcy i ocena potencjalnego wpływu likwidacji bariery architektonicznej na aktywizację społeczną i zawodową:

dnia.....

podpis.....

Rozliczenie zadania dotyczącego likwidacji barier architektonicznych

Wniosek o wypłatę dofinansowania:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

Numer umowy:

Zestawienie wydatków (kolejność wydatków zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie):

L.p.	Dostawa lub robota	Kwota zakupu brutto w zł	Nr dowodu zakupu (faktury, rachunku)
Razem			
Kwota dofinansowania (zgodnie z umową)			
Kwota do sfinansowania ze środków własnych (zgodnie z umową)			

Do wniosku o wypłatę dofinansowania załącza się dowody zakupu (faktury, rachunki).

Wynik weryfikacji wniosku o wypłatę dofinansowania (wypełnia organ):

	Tak	Nie	Adnotacja
Czy łączna kwota zakupu jest zgodna z umową?			
Czy zakres zrealizowanych dostaw i/lub robót jest zgodny umową?			
Czy termin realizacji dostaw i/lub robót jest zgodny z umową?			
Czy do wniosku załączono dowody zakupu?			

Do wypłaty:

Uzasadnienie nie wypłacenia pełnej kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data

Podpis

Zadanie dofinansowania likwidacji barier technicznych

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, W FUNKCJONOWANIU KTÓREJ BARIERA TECHNICZNA ZOSTANIE USUNIĘTA)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Sytuacja na rynku pracy (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Uczę się/ studiuję	
Pracuję	
Pracuję i studiuję/uczę się	
Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy	

Poziom wykształcenia (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe-specjalne	
Podstawowe	
Podstawowe-specjalne	

Gimnazjalne	
Gimnazjalne-specjalne	
Zasadnicze zawodowe	
Zasadnicze-specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	
Wyższe	

Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe

razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób

Razem dochód w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	..... zł
Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym)	..... zł

Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałam /em:		TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)		
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Numer rachunku bankowego (jeśli wnioskodawca nie posiada rachunku, proszę wpisać NIE DOTYCZY):.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

PLANOWANA LIWIDACJA BARIERY TECHNICZNEJ

Jaki sprzęt/ przedmiot zostanie zakupiony w celu likwidacji bariery technicznej? (proszę wstawić X we właściwym miejscu)

Podnośnik do wanny	
Łóżko ortopedyczne	
Urządzenie techniczne (mechaniczne, elektryczne, elektroniczne) posiadające interfejs dźwiękowy, świetlny, brajlowski lub powiększone znaki (wpisać nazwę urządzenia)	
Meble kuchenne dostosowane do potrzeb osób poruszających się wyłącznie na wózkach inwalidzkich	
Kuchenka gazowa lub gazowo-elektryczna z zabezpieczeniem przeciw wypływowi gazu dla potrzeb osób niewidomych	
Inne (wpisać jakie)	

Jakie trudności stwarza obecnie bariera techniczna? (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)

Trudność	Zaznaczyć X jeśli właściwe	Opis trudności w powiązaniu z typem dysfunkcji
w korzystaniu z łazienki i/ lub wc		
w korzystaniu z kuchni		
w korzystaniu z sypialni/ łóżka		
w aktywności społecznej		
w aktywności zawodowej		
inna trudność (wpisać jaka)		

Jakie efekty przyniesie usunięcie bariery technicznej? (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)

Większa samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Większe bezpieczeństwo wnioskodawcy i jego otoczenia	
Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery technicznej zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i>	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery technicznej zwiększy szanse na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i>	
Inne efekty (proszę określić jakie):	

Cena sprzętu /przedmiotu mającego zlikwidować barierę techniczną i sposobie sfinansowania jego zakupu:

Informacja	Kwota w zł.
Przewidywany koszt zakupu sprzętu/ przedmiotu (zgodnie z załącznikiem nr xxx do wniosku)	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (<i>nie może przekroczyć XXX% przewidywanego całkowitego kosztu zakupu brutto ani kwoty xxxx zł.</i>)	
Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (<i>musi wynosić co najmniej xxx% całkowitego przewidywanego kosztu zakupu brutto</i>)	

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez [nazwa urzędu] i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań [nazwa urzędu] na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1996r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że nie dokonałem jeszcze zakupu sprzętu w celu likwidacji bariery technicznej, którego dotyczy wniosek.

Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów jakie przyniesie wnioskowana likwidacja barier architektonicznych.

.....
Data i podpis Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Do wniosku należy załączyć:

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. fakturę pro forma (ofertę cenową) na zakup urządzeń wystawioną przez dostawcę sprzętu/urządzenia.

Załączniki wymienione w pkt. 1-2 nie są wymagane w przypadku, gdy wynikające z nich fakty lub stan prawny są znane instytucji z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione przez wnioskodawcę.

Karta weryfikacji formalnej wniosku o dofinansowanie likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną?			
Czy wnioskodawca uzyskał w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku dofinansowanie na ten sam cel?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania mieści się w dopuszczalnym limicie procentowym i kwotowym?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			
Czy wnioskodawca zadeklarował minimalny wymagany udział własny?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	

Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Dodatkowe kryteria oceny wniosku

Proponowane kryteria oceny wniosków o likwidację barier technicznych umożliwią określenie kolejności dofinansowania złożonych i pozytywnie rozpatrzonych wniosków. Powiaty mają możliwość stosowania dodatkowych kryteriów wynikających ze specyfiki potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie. Powiaty określają wagi oraz punktację dla poszczególnych kryteriów, w zależności od potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie i wysokości dostępnych środków.

1. Zasadność zakupu sprzętu/ urządzenia w stosunku do typu dysfunkcji wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, w odniesieniu do których likwidacja bariery technicznej jest najbardziej zasadna. Zasadność jest badana na podstawie opisu obecnych trudności i spodziewanych efektów zawartych we wniosku.

2. Stopień niepełnosprawności

Pierwszeństwo przyznaje się osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieciom do 16. roku życia.

3. Potencjalny wpływ likwidacji bariery technicznej na aktywność zawodową wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które wiarygodnie uzasadniły we wniosku zwiększenie szans na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej w związku z likwidacją bariery technicznej.

4. Sytuacja zawodowa

Pierwszeństwo przyznaje się osobom aktywnym zawodowa oraz dzieciom i młodzieży uczącej się lub studiującej.

5. Liczba osób niepełnosprawnych we wspólnym gospodarstwie domowym wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się wnioskowi, dzięki realizacji którego kilka osób niepełnosprawnych skorzysta z likwidacji bariery technicznej.

6. Miejsce zamieszkania wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom niepełnosprawnym zamieszkującym obszary wiejskie.

7. Średni dochód miesięczny na członka we wspólnym gospodarstwie domowym

Pierwszeństwo przyznaje się osobom z najniższym dochodem na członka we wspólnym gospodarstwie domowym.

8. Czas oczekiwania na uzyskanie dofinansowania

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które najdłużej oczekują na przyznanie dofinansowania na likwidację bariery technicznej.

9. Korzystanie ze środków PFRON w latach ubiegłych

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które nie korzystały w przeszłości ze środków PFRON.

Rozliczenie zadania dotyczącego likwidacji barier technicznych

Wniosek o wypłatę dofinansowania:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

Numer umowy:

Kwota zakupu :

Do wniosku o wypłatę dofinansowania załącza się dowód zakupu (fakturę, rachunek, itp.).

Wynik weryfikacji wniosku o wypłatę dofinansowania (wypełnia organ):

	Tak	Nie	Adnotacja
Czy kwota zakupu jest zgodna z umową?			
Czy zakres zakupu (sprzęt, urządzenie) jest zgodny z umową?			
Czy termin realizacji zakupu jest zgodny z umową?			
Czy do wniosku załączono dowody zakupu?			

Do wypłaty:

Uzasadnienie nie wypłacenia pełnej kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data

Podpis

Zadanie dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier w komunikowaniu się osoby niepełnosprawnej

DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ BARIERA W KOMUNIKOWANIU SIĘ ZOSTANIE USUNIĘTA)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Sytuacja na rynku pracy (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Uczę się/ studiuję	
Pracuję	
Pracuję i studiuję/uczę się	
Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy	

Poziom wykształcenia (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe-specjalne	
Podstawowe	
Podstawowe-specjalne	
Gimnazjalne	

Gimnazjalne-specjalne	
Zasadnicze zawodowe	
Zasadnicze-specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	
Wyższe	

Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe

razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób

Razem dochód w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	..... zł
Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym)	..... zł

Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałam /em: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)				
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Numer rachunku bankowego (jeśli wnioskodawca nie posiada rachunku, proszę wpisać NIE DOTYCZY):.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

PLANOWANA LIWIDACJA BARIERY W KOMUNIKOWANIU SIĘ

Jaki sprzęt/ przedmiot zostanie zakupiony w celu likwidacji bariery w komunikowaniu się? (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)

sprzęt komputerowy wraz ze specjalistycznym oprogramowaniem	
telefon	
dyktafon	
syntezator mowy	
powiększalnik	
oprogramowanie udźwiękawiające	
inny – proszę wpisać nazwę sprzętu:	

Jakie trudności stwarza obecnie bariera w komunikowaniu się? (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)

Trudność/bariera	Zaznaczyć X jeśli właściwe	Opis trudności/barier w komunikowaniu się
w wykonywaniu czynności życia codziennego		
w aktywności społecznej		
w aktywności zawodowej		
inna trudność (wpisać jaka)		

Jakie efekty przyniesie usunięcie bariery w komunikowaniu się? (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)

Większa samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery w komunikowaniu się zwiększy szansę na aktywizację społeczną:	

.....	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób likwidacja bariery w komunikowaniu się zwiększy szanse na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i>	
Inne efekty (proszę określić jakie):	

Cena sprzętu /przedmiotu mającego zlikwidować barierę w komunikowaniu się i sposobie sfinansowania jego zakupu:

Informacja	Kwota w zł.
Przewidywany koszt zakupu sprzętu/ przedmiotu (zgodnie z załącznikiem nr xxx do wniosku)	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (<i>nie może przekroczyć XXX% przewidywanego całkowitego kosztu zakupu brutto ani kwoty xxxx zł.</i>)	
Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (<i>musi wynosić co najmniej xxx% przewidywanego całkowitego kosztu zakupu brutto</i>)	

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez [nazwa urzędu] i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań [nazwa urzędu] na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1996r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że nie dokonałem jeszcze zakupu sprzętu w celu likwidacji bariery w komunikowaniu się, którego dotyczy wniosek.

Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów jakie przyniesie likwidacja bariery w komunikowaniu się.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Do wniosku należy załączyć:

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. fakturę pro forma (ofertę cenową) na zakup sprzętu/ przedmiotu wystawioną przez dostawcę sprzętu/urządzenia.

Załączniki wymienione w pkt. 1-2 nie są wymagane w przypadku, gdy wynikające z nich fakty lub stan prawny są znane instytucji z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione przez wnioskodawcę.

Karta weryfikacji formalnej wniosku o dofinansowanie likwidacji barier komunikowaniu się osoby niepełnosprawnej

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną?			
Czy wnioskodawca uzyskał w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku dofinansowanie na ten sam cel?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania mieści się w dopuszczalnym limicie procentowym i kwotowym?			
Czy wnioskodawca zadeklarował minimalny wymagany udział własny?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Dodatkowe kryteria oceny wniosku

Proponowane kryteria oceny wniosków o likwidację barier w komunikowaniu się umożliwią określenie kolejności dofinansowania złożonych i pozytywnie rozpatrzonych wniosków. Powiaty mają możliwość stosowania dodatkowych kryteriów wynikających ze specyfiki potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie. Powiaty określają wagi oraz punktację dla poszczególnych kryteriów, w zależności od potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie i wysokości dostępnych środków.

- 1. Zasadność zakupu sprzętu/ urządzenia w stosunku do typu dysfunkcji wnioskodawcy**
Pierwszeństwo przyznawane jest osobom w odniesieniu do których likwidacja bariery technicznej jest najbardziej zasadna. Zasadność jest badana na podstawie opisu obecnych trudności i spodziewanych efektów zawartych we wniosku.
- 2. Stopień niepełnosprawności**
Pierwszeństwo przyznawane jest osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieci do 16. roku życia.
- 3. Potencjalny wpływ likwidacji bariery w komunikowaniu się na aktywność zawodową wnioskodawcy**
Pierwszeństwo przyznawane jest osobom, które wiarygodnie uzasadniły we wniosku zwiększenie szans na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej w związku z likwidacją bariery w komunikowaniu się.
- 4. Sytuacja zawodowa**
Pierwszeństwo przyznawane jest osobom aktywnym zawodowo oraz dzieci i młodzieży uczącej się lub studiującej.
- 5. Miejsce zamieszkania wnioskodawcy**
Pierwszeństwo przyznawane jest osobom niepełnosprawnym zamieszkującym obszary wiejskie.
- 6. Średni dochód miesięczny na członka we wspólnym gospodarstwie domowym**
Pierwszeństwo przyznawane jest osobom z najniższym dochodem na członka we wspólnym gospodarstwie domowym
- 7. Czas oczekiwania na uzyskanie dofinansowania**
Pierwszeństwo przyznawane jest osobom, które najdłużej oczekują na przyznanie dofinansowania na likwidację bariery w komunikowaniu się.
- 8. Korzystanie ze środków PFRON w latach ubiegłych**
Pierwszeństwo przyznawane jest osobom, które nie korzystały w przeszłości ze środków PFRON.

Rozliczenie zadania dotyczącego likwidacji barier w komunikowaniu się

Wniosek o wypłatę dofinansowania:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

Numer umowy:

Kwota zakupu:

Do wniosku o wypłatę dofinansowania załącza się dowód zakupu (fakturę, rachunek, itp.).

Wynik weryfikacji wniosku o wypłatę dofinansowania (wypełnia organ):

	Tak	Nie	Adnotacja
Czy kwota zakupu jest zgodna z umową?			
Czy zakres zakupu (sprzęt, urządzenie) jest zgodny z umową?			
Czy termin realizacji zakupu jest zgodny z umową?			
Czy do wniosku załączono dowody zakupu?			

Do wypłaty:

Uzasadnienie nie wypłacenia pełnej kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data

Podpis

Zadanie dofinansowania zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w sprzęt rehabilitacyjny

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ KORZYSTAJĄCEJ ZE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Sytuacja na rynku pracy (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Uczę się/ studiuję	
Pracuję	
Pracuję i studiuję/uczę się	
Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy	

Poziom wykształcenia (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe-specjalne	
Podstawowe	
Podstawowe-specjalne	
Gimnazjalne	

Gimnazjalne-specjalne	
Zasadnicze zawodowe	
Zasadnicze-specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	
Wyższe	

Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe

razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób

Razem dochód w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	..... zł
Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym)	..... zł

Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałam /em: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)				
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Numer rachunku bankowego (jeśli wnioskodawca nie posiada rachunku, proszę wpisać NIE DOTYCZY):.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

PLANOWANY ZAKUP SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

Jaki sprzęt rehabilitacyjny planuje Pan/Pani kupić? (wpisać X we właściwym miejscu)

rower rehabilitacyjny stacjonarny	
orbitrek	
rower trójkołowy	
materac rehabilitacyjny	
wałek rehabilitacyjny	
kostka rehabilitacyjna	
rotor	
łóżko rehabilitacyjne	
schody do nauki chodzenia	
tory do nauki chodzenia	
Inne – wpisać jakie:	

Uzasadnienie potrzeby rehabilitacji w warunkach domowych

Opis schorzenia/ dysfunkcji wymagającego/ej rehabilitacji:		
Wskazanie czynności, których wykonanie jest utrudnione lub niemożliwe bez rehabilitacji w warunkach domowych		
Z zakresu życia codziennego	Z zakresu aktywności społecznej	Z zakresu aktywności zawodowej (jeśli dotyczy)

Jakie są oczekiwane efekty rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego, którego dotyczy wniosek? (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)

Większa samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób użycie sprzętu rehabilitacyjnego zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i>	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób użycie sprzętu rehabilitacyjnego zwiększy szansę na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i>	

.....	
Inne efekty (proszę określić jakie):	

Miejsce realizacji rehabilitacji przy użyciu sprzętu, którego dotyczy wniosek:

.....

Cena sprzętu rehabilitacyjnego i sposób sfinansowania jego zakupu:

Informacja	Kwota w zł.
Przewidywany koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego (zgodnie z załącznikiem nr xxx do wniosku)	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (<i>nie może przekroczyć XXX% przewidywanego całkowitego kosztu zakupu brutto ani kwoty xxxx zł.</i>)	
Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (<i>musi wynosić co najmniej xxx% przewidywanego całkowitego kosztu zakupu brutto</i>)	

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez [nazwa urzędu] i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań [nazwa urzędu] na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1996r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że nie dokonałem jeszcze zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, którego dotyczy wniosek.

Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów jakie przyniesie rehabilitacja w warunkach domowych przy użyciu sprzętu, którego dotyczy wniosek.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Do wniosku należy załączyć:

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo

- długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
 3. fakturę pro forma (ofertę cenową) na zakup urządzeń wystawioną przez dostawcę sprzętu rehabilitacyjnego,
 4. zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych na sprzęcie, którego dotyczy wniosek.

Załączniki wymienione w pkt. 1-2 nie są wymagane w przypadku, gdy wynikające z nich fakty lub stan prawny są znane instytucji z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione przez wnioskodawcę.

Karta weryfikacji formalnej wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną?			
Czy zadeklarowany przeciętny dochód za ostatnie 3 miesiące przekracza: <ul style="list-style-type: none"> • 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym wnioskodawcy • 65% przeciętnego wynagrodzenia jeśli wnioskodawca jest osobą samotną 			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania mieści się w dopuszczalnym limicie procentowym i kwotowym?			
Czy wnioskodawca zadeklarował minimalny wymagany udział własny?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny,	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Dodatkowe kryteria oceny wniosku

Proponowane kryteria oceny wniosków o zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny osób niepełnosprawnych umożliwią określenie kolejności dofinansowania złożonych i pozytywnie rozpatrzonych wniosków. Powiaty mają możliwość stosowania dodatkowych kryteriów wynikających

ze specyfiki potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie. Powiaty określają wagi oraz punktacje dla poszczególnych kryteriów w zależności od potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie i wysokości dostępnych środków.

1. Zasadność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny osoby niepełnosprawnej w stosunku do typu dysfunkcji wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, w odniesieniu do których rehabilitacja w warunkach domowych jest najbardziej zasadna. Zasadność jest badana na podstawie opisu obecnych trudności i spodziewanych efektów zawartych we wniosku oraz na podstawie zaświadczenia od lekarza specjalisty. Komisja oceny i wyboru wniosków może również wziąć pod uwagę opinię specjalisty ds. rehabilitacji, jeśli urząd uznał za zasadne zasięgnięcie opinii eksperta.

2. Stopień niepełnosprawności

Pierwszeństwo przyznaje się osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieciom do 16. roku życia.

3. Potencjalny wpływ rehabilitacji w warunkach domowych na aktywność zawodową wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które wiarygodnie uzasadniły we wniosku zwiększenie szans na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej w związku z rehabilitacją prowadzoną w warunkach domowych przy użyciu sprzętu, którego dotyczy wniosek.

4. Sytuacja zawodowa

Pierwszeństwo przyznaje się osobom aktywnym zawodowo oraz dzieciom i młodzieży uczącej się lub studiującej.

5. Miejsce zamieszkania wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom niepełnosprawnym zamieszkującym obszary wiejskie.

6. Średni dochód miesięczny na członka we wspólnym gospodarstwie domowym

Pierwszeństwo przyznaje się osobom z najniższym dochodem na członka we wspólnym gospodarstwie domowym

7. Czas oczekiwania na uzyskanie dofinansowania

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które najdłużej oczekują na przyznanie dofinansowania na zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny.

8. Korzystanie ze środków PFRON w latach ubiegłych

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które nie korzystały w przeszłości ze środków PFRON.

Rozliczenie zadania dotyczącego dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w celu prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych

Wniosek o wypłatę dofinansowania:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

Numer umowy:

Kwota zakupu:

Do wniosku załącza się dowód zakupu (fakturę, rachunek, itp.).

Wynik weryfikacji wniosku o wypłatę dofinansowania (wypełnia organ):

	Tak	Nie	Adnotacja
Czy kwota zakupu jest zgodna z umową?			
Czy zakres zakupu (sprzęt, urządzenie) jest zgodny z umową?			
Czy termin realizacji zakupu jest zgodny z umową?			
Czy do wniosku załączono dowody zakupu?			

Do wypłaty:

Uzasadnienie nie wypłacenia pełnej kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data

Podpis

**Zadanie dofinansowania zaopatrzenia osób
niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki
pomocnicze**

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
dla osoby niepełnosprawnej
(wniosek ten spełnia jednocześnie rolę wniosku o dofinansowanie i wniosku rozliczającego wydatki)

DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓRA BĘDZIE KORZYSTAŁA Z PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH LUB ŚRODKÓW POMOCNICZYCH)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Sytuacja na rynku pracy (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Uczę się/ studiuję	
Pracuję	
Pracuję i studiuję/uczę się	
Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy	

Poziom wykształcenia (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe-specjalne	
Podstawowe	

Podstawowe-specjalne	
Gimnazjalne	
Gimnazjalne-specjalne	
Zasadnicze zawodowe	
Zasadnicze-specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	
Wyższe	

Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe

razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób

Razem dochód w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	..... zł
Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym)	..... zł

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Numer rachunku bankowego (jeśli wnioskodawca nie posiada rachunku, proszę wpisać NIE DOTYCZY):.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

INFORMACJE O PRZEDMIOTACH ORTOPEDYCZNYCH I/LUB ŚRODKACH POMOCNICZYCH

Jaki/e przedmiot/y ortopedyczne i/lub środki pomocnicze zostaną zakupione? (proszę wstawić X we właściwym miejscu)

Przedmioty ortopedyczne	Jeśli tak, wstawić X	Liczba sztuk
Wózek inwalidzki		
Proteza kończyn dolnych		
Orteza kończyn dolnych		

Proteza kończyn górnych		
Orteza kończyn górnych		
Obuwie ortopedyczne		
Gorset ortopedyczny		
Inne – jakie:		
Środki pomocnicze		
Okulary		
Soczewki kontaktowe		
Aparat słuchowy		
Aparat wspomagający mowę		
Zestaw infuzyjny do osobistej pompy insulinowej		
Materac przeciwoodleżynowy		
Pieluchomajtki		
Inne – jakie:		

Jakie efekty przyniesie korzystanie z zakupionych przedmiotów ortopedycznych/ środków pomocniczych?
(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)

Większa samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób korzystanie z zakupionych przedmiotów ortopedycznych/ środków pomocniczych zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i>	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób korzystanie z zakupionych przedmiotów ortopedycznych/ środków pomocniczych zwiększy szansę na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i>	
Inne efekty (proszę określić jakie):	

Specyfikacja kosztowa przedmiotów ortopedycznych/ środków pomocniczych

Wypełnia wnioskujący				Wypełnia organ (PCPR/MOPR/ MOPS)		
L.p.	Nr faktury/ kopii zlecenia	Nazwa towaru	Wartość towaru	Refundacja NFZ	Udział własny wnioskodawcy	Wysokość dofinansowania PFRON
1.						
2.						
3.						
Razem kwota dofinansowania PFRON do wypłaty						

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez [nazwa urzędu] i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań [nazwa urzędu] na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1996r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów jakie przyniesie korzystanie z przedmiotów/środków, których dotyczy wnioski.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Do wniosku należy załączyć:

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu)
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego
3. fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną

w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

Załączniki wymienione w pkt. 1-2 nie są wymagane w przypadku gdy wynikające z nich fakty lub stan prawny są znane instytucji z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione przez wnioskodawcę.

Karta weryfikacji formalnej wniosku o dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych i/lub środków pomocniczych dla osoby niepełnosprawnej

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną?			
Czy zadeklarowany przeciętny dochód za ostatnie 3 miesiące przekracza: <ul style="list-style-type: none"> 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym wnioskodawcy 65% przeciętnego wynagrodzenia jeśli wnioskodawca jest osobą samotną 			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Dodatkowe kryteria oceny wniosku

Proponowane kryteria oceny wniosków o dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych i/lub środków pomocniczych umożliwią określenie kolejności dofinansowania złożonych i pozytywnie rozpatrzonych wniosków. Powiaty mają możliwość stosowania dodatkowych kryteriów wynikających ze specyfiki potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie. Powiaty określają wagi oraz punktację dla poszczególnych kryteriów, w zależności od potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie i wysokości dostępnych środków.

1. Stopień niepełnosprawności

Pierwszeństwo przyznaje się osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieciom do 16. roku życia.

2. Potencjalny wpływ likwidacji bariery architektonicznej na aktywność zawodową wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które wiarygodnie uzasadniły we wniosku zwiększenie szans na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej.

3. Sytuacja zawodowa

Pierwszeństwo przyznaje się osobom aktywnym zawodowo oraz dzieciom i młodzieży uczącej się lub studiującej.

4. Miejsce zamieszkania wnioskodawcy

Pierwszeństwo przyznaje się osobom niepełnosprawnym zamieszkującym obszary wiejskie.

5. Średni dochód miesięczny na członka we wspólnym gospodarstwie domowym

Pierwszeństwo przyznaje się osobom z najniższym dochodem na członka we wspólnym gospodarstwie domowym

6. Czas oczekiwania na uzyskanie dofinansowania

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które najdłużej oczekują na przyznanie dofinansowania na dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych.

7. Korzystanie ze środków PFRON w latach ubiegłych

Pierwszeństwo przyznaje się osobom, które nie korzystały w przeszłości ze środków PFRON.

Ewentualne warunki dodatkowe:

W przypadku niedoboru środków PFRON (suma kwot wnioskowanych znacząco przekracza dostępną kwotę na to zadanie), powiat może obniżyć wysokość dofinansowania i uzależnić go od wysokości dochodu na jednego członka w rodzinie osoby niepełnosprawnej.

Przykładowa tabela (przedział dochodów należy ustalić biorąc pod uwagę przeciętne wynagrodzenie na lokalnym rynku pracy):

Przedział dochodów w przeliczeniu na osobę w gospodarstwie domowym	Jeśli cena zakupu nie przekracza limity NFZ, do:	Jeśli cena zakupu przekracza limit NFZ, do
... zł i mniej	100% wkładu własnego	150% sumy kwoty limitu i kwoty wymaganego udziału własnego
Od ...- do ... zł	90% wkładu własnego	130% sumy kwoty limitu i kwoty wymaganego udziału własnego
od.....-do....	80% wkładu własnego	120% sumy kwoty limitu i kwoty wymaganego udziału własnego
Od- do	70% wkładu własnego	100% sumy kwoty limitu i kwoty wymaganego udziału własnego

**Zadanie dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt
rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących
działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek
organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej**

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa.....

Adres siedziby

Numer telefonu

Adres e-mail:

NIP.....

REGON

Status prawny i podstawa działania:

Płatnik VAT: TAK/NIE (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:

Osoba 1: imię i nazwisko, funkcja.....

Osoba 2, imię i nazwisko, funkcja (jeśli dotyczy)

Informacja o działaniach wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych i źródłach ich finansowania

<p>Krótki opis zakresu działania wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych w okresie 2 lat poprzedzających termin złożenia wniosku z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności podopiecznych (max. 1000 znaków)</p>		
<p>Liczba osób niepełnosprawnych, które skorzystały ze wsparcia wnioskodawcy (szacunkowo w miesiącu w okresie ostatnich 2 lat)</p>		
<p>Od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?</p>	<p>Data:</p>	
<p>Jaka jest ogólna wartość nakładów poniesionych przez wnioskodawcę na zakup sprzętu rehabilitacyjnego przeznaczonego do korzystania przez osoby niepełnosprawne do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc</p>		

złożenia wniosku?		
W jakim zakresie wykorzystywany jest sprzęt rehabilitacyjny na potrzeby osób niepełnosprawnych będący aktualnie w dyspozycji Wnioskodawcy (liczba osobogodzin w miesiącu).		
Z jakich źródeł wnioskodawca finansuje swoją działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?		
Z jakiego źródła wnioskodawca sfinansuje wkład własny do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, o dofinansowanie którego wnioskuje?		

Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania PFRON w przeszłości: TAK / NIE (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy

Numer rachunku bankowego:

PLANOWANY ZAKUP SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

Kosztorys sprzętu rehabilitacyjnego, o dofinansowanie którego ubiega się wnioskodawca

L. p.	Nazwa sprzętu	Liczba sztuk	Cena jednostkowa brutto w zł	Cena brutto w zł

	Razem	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (nie może przekroczyć XX% przewidywanej ceny całkowitej brutto)		
Deklarowany udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (musi wynosić co najmniej xx% przewidywanej ceny całkowitej brutto)		

Uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Nazwa sprzętu	Liczba osób niepełnosprawnych, która przeciętnie dziennie będzie mogła z korzystać ze sprzętu	Rodzaj niepełnosprawności dla którego sprzęt jest przeznaczony	Uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu (należy wskazać: o ile zwiększy się liczba osób niepełnosprawnych korzystających ze sprzętu rehabilitacyjnego i/lub zwiększy się intensywność rehabilitacji ON (w osobogodzinach w miesiącu), które dotychczas korzystały ze sprzętu rehabilitacyjnego będącego w dyspozycji Wnioskodawcy).

Jakie efekty przyniesie korzystanie przez osoby niepełnosprawne ze sprzętu rehabilitacyjnego zakupionego przez wnioskodawcę? (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)

Większa samodzielność osób niepełnosprawnych korzystających ze sprzętu rehabilitacyjnego w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność osób niepełnosprawnych korzystających ze sprzętu rehabilitacyjnego w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Zwiększenie możliwości udziału osób niepełnosprawnych korzystających ze sprzętu rehabilitacyjnego w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego przez osoby niepełnosprawne zwiększy szansę na ich aktywizację społeczną:</i>	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego przez osoby niepełnosprawne zwiększy szansę na ich aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i>	
Inne efekty (proszę określić jakie):	

.....	
-------	--

Informacja o posiadanych zasobach lokalowych i kadrowych umożliwiających prawidłowe, bezpieczne i skuteczne wykorzystanie zakupionego sprzętu na rzecz osób niepełnosprawnych

Adres miejsca, w którym sprzęt rehabilitacyjny będzie dostępny dla osób niepełnosprawnych:

Informacje o zapewnieniu pomieszczeń niezbędnych do właściwego korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego przez osoby niepełnosprawne (liczba i powierzchnia pomieszczeń, tytuł do lokalu (np. własność/wynajem), informacja na temat przystosowania obiektu/pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych itp.- max. 1000 znaków)

Informacja o zatrudnieniu kadry niezbędnej do właściwego korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego przez osoby niepełnosprawne (w szczególności wykazanie doświadczenia i kwalifikacji kadry/ osób zaangażowanych)

Informacja o planowanym zakresie wykorzystywania przez osoby niepełnosprawne sprzętu rehabilitacyjnego dofinansowanego ze środków PFRON na podstawie niniejszego wniosku

Nazwa sprzętu	Planowana liczba osobogodzin w miesiącu wykorzystywania sprzętu przez osoby niepełnosprawne

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie ma zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie podmiotu, który reprezentuję.

Oświadczam, że sprzęt rehabilitacyjny, którego dotyczy wniosek, nie został jeszcze zakupiony.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na udostępnianie posiadanego obiektu i/lub pomieszczeń na potrzeby rehabilitacji osób przy wykorzystaniu sprzętu rehabilitacyjnego dofinansowanego ze środków PFRON.

Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie jest w stanie likwidacji ani upadłości.

Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie zalega z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych.

Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie zalega z płatności składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

Oświadczam, iż zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego przez osoby niepełnosprawne.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzanie nagrań, fotografii lub filmów).

.....

Data i podpis Wnioskodawcy

Do wniosku należy załączyć:

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/,
2. Statut,
3. Dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 584 z późn. zm.):
 - a. zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
 - b. informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,
4. Dotyczy zakładów pracy chronionej:
 - a. potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
 - b. informacja o kwocie naliczenia oraz sposobie wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.

Załączniki wymienione w pkt. 1 nie są wymagane w przypadku, gdy wynikające z nich fakty lub stan prawny są znane instytucji z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione przez wnioskodawcę.

Karta weryfikacji formalnej wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został złożony w terminie?			
Czy wniosek został podpisany przez osobę upoważnioną do reprezentowania wnioskodawcy?			
Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych od co najmniej 2 lat?			
Czy wnioskodawca uzyskał w bieżącym roku dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania mieści się w dopuszczalnym limicie procentowym i kwotowym?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny,	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Dodatkowe kryteria oceny wniosku

Proponowane kryteria oceny wniosków o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej umożliwią ocenę jakości i zasadności wniosków. Powiaty mają możliwość stosowania dodatkowych kryteriów wynikających ze specyfiki potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie. Powiaty określają wagi oraz punktację dla poszczególnych kryteriów w zależności od potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie i wysokości dostępnych środków.

1. Liczba osób niepełnosprawnych objętych planowanym działaniem

Najwyższą punktację otrzymują wnioski oferujące korzystanie ze sprzętu przez jak największą liczbę ON.

2. Zakres korzystania ze sprzętu przez osoby niepełnosprawne

Najwyższą punktację otrzymują wnioskodawcy, którzy planują optymalne udostępnienie sprzętu osobom niepełnosprawnym.

3. Uzasadnienie potrzeby zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Najwyższą punktację otrzymują wnioski, w których najbardziej przekonująco uzasadniono potrzebę zakupu sprzętu wykazując dogłębną znajomość potrzeb osób niepełnosprawnych w powiecie.

4. Powiązanie między planowanym zakupem sprzętu rehabilitacyjnego a spodziewanymi efektami

Najwyższą punktację otrzymują wnioski, w których powiązanie między spodziewanymi efektami a zakresem korzystania przez osoby niepełnosprawne ze sprzętu rehabilitacyjnego jest największe.

5. Udział wkładu własnego w realizację działań (po jednym punkcie za każdy dodatkowy 1% wkładu własnego powyżej limitu określonego w ogłoszeniu o realizacji zadania, max 10 pkt)

6. Warunki korzystania ze sprzętu przez osoby niepełnosprawne:

6.1 Warunki lokalowe i techniczne

Najwyższą punktację otrzymają wnioskodawcy oferujące najlepsze warunki lokalowe i techniczne uwzględniające potrzeby osób niepełnosprawnych.

6.2 Personel

Najwyższą punktację otrzymają wnioskodawcy zapewniający profesjonalny i doświadczony zespół do pracy z osobami niepełnosprawnymi.

7. Doświadczenie wnioskodawcy w realizacji podobnego zakresu zadań

Najwyższą punktację otrzymają wnioskodawcy z największym doświadczeniem.

Rozliczenie zadania dotyczącego zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej

Wniosek o wypłatę dofinansowania:

Nazwa wnioskodawcy:.....

NIP

Numer umowy:

Zestawienie poniesionych wydatków (kolejność wydatków zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie):

L.p.	Sprzęt	Kwota wydatku	Dowód zakupu
Razem			
Wnioskowana kwota dofinansowania do wypłaty			

Do wniosku o wypłatę dofinansowania dołącza się dowody zakupu (faktury, rachunki, itp.).

Wynik weryfikacji wniosku o wypłatę dofinansowania (wypełnia organ):

	Tak	Nie	Adnotacja
Czy zakupiony sprzęt jest zgodny z zakresem uzgodnionym w umowie?			
Czy całkowita kwota zakupu sprzętu mieści się w limicie uzgodnionym w umowie?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania do wypłaty mieści się w limicie uzgodnionym w umowie?			
Czy termin realizacji zakupu jest zgodny z umową?			
Czy do wniosku załączono wymagane załączniki?			

Do wypłaty:

Uzasadnienie nie wypłacenia pełnej kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data

Podpis

Zadanie dofinansowania usług tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika

DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ KORZYSTAJĄCEJ Z USŁUG TŁUMACZA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Inne, jakie:.....	

Sytuacja na rynku pracy (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Uczę się/ studiuję	
Pracuję	
Pracuję i studiuję/uczę się	
Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy	

Poziom wykształcenia (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe - specjalne	
Podstawowe	
Podstawowe - specjalne	
Gimnazjalne	
Gimnazjalne - specjalne	
Zasadnicze zawodowe	
Zasadnicze-specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	

Wyższe

Dochody i liczba członków gospodarstwa domowego

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe

razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób

Razem dochód w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	..... zł
Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym)	..... zł

Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałam /em:		TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)		
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Numer rachunku bankowego (jeśli wnioskodawca nie posiada rachunku, proszę wpisać NIE DOTYCZY):.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA (wypełnić jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

PLANOWANY ZAKUP USŁUGI TŁUMACZA MIGOWEGO LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA

Wnoszę o dofinansowanie zakupu usługi:

Tłumacza migowego

Tłumacza - przewodnika

Określenie potrzeby zakupu usługi tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika (proszę wpisać X we właściwym miejscu)

Potrzeba	Miejsce realizacji usług	Zaznaczyć X jeśli właściwe
Załatwianie spraw urzędowych – jakich:		
Udział w szkoleniu/kursie – jakim:		
Udział w zajęciach szkolnych		
Udział w zajęciach na studiach		
Udział w rozmowach kwalifikacyjnych /o pracę		
Wizyta u lekarza		
Reprezentowanie dziecka/obowiązki rodzicielskie		
Inna okoliczność – jaka:		

Jakie są oczekiwane efekty skorzystania z usług tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika? (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)

Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób skorzystanie z usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika zwiększy szansę na aktywizację społeczną:</i>	
Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej. <i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób skorzystanie z usług tłumacza migowego lub tłumacza-przewodnika zwiększy szansę na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i>	

Kosztorys i harmonogram zakupu usługi tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika

Okres świadczenia usługi (od – do)	Liczba godzin	Zakres świadczonej usługi	Cena brutto w zł za godzinę usługi	Przewidywany koszt brutto w zł
<i>Przykład:</i> 1-30.10.2xx	<i>Przykład:</i> 48	<i>Przykład:</i> Tłumaczenie podczas zajęć na uczelni w ramach studiów zaocznych	<i>Przykład:</i> Y	<i>Przykład:</i> 48 x Y
1.				
2.				
Przewidywany koszt ogólny usługi:				
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (<i>nie może przekroczyć xx% przeciętnego wynagrodzenia tj. kwoty xxxx zł za godzinę jej świadczenia</i>)				

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez [nazwa urzędu] i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań [nazwa urzędu] na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1996r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów jakie przyniesie korzystanie z usług tłumacza migowego lub tłumacza przewodnika.

Oświadczam, nie mam zaległości wobec Funduszu, oraz nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie w ciągu 3 ostatnich lat.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż tłumacze migowi lub tłumacze – przewodnicy, z usług których zamierzam skorzystać, powinni posiadać wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOBN oraz że w momencie rozliczania dofinansowania konieczne będzie dołączenie dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru. W przypadku braku dołączenia do rozliczenia wniosku dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOBN, rozliczenie zostanie odrzucone.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy lub jego przedstawiciela prawnego

Do wniosku należy załączyć:

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
2. kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,

Załączniki wymienione w pkt. 1-2 nie są wymagane w przypadku, gdy wynikające z nich fakty lub stan prawny są znane instytucji z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione przez wnioskodawcę.

**Karta weryfikacji wniosku o dofinansowanie usług tłumacza migowego
lub tłumacza przewodnika**

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania mieści się w dopuszczalnym limicie procentowym i kwotowym?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			
Czy korzystanie z usług tłumacza migowego i/lub tłumacza przewodnika jest uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności wnioskodawcy?			
Czy wskazane okoliczności i potrzeba korzystania z usług tłumacza migowego i/lub tłumacza przewodnika są zasadne?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Rozliczenie zadania dotyczącego dofinansowania usług tłumacza migowego lub tłumacza - przewodnika

Wniosek o wypłatę dofinansowania:

Imię i nazwisko:.....
PESEL:
Numer umowy:

Zestawienie kosztów zakupu usługi tłumacza migowego lub tłumacza – przewodnika:

Okres świadczenia usługi (od – do)	Liczba godzin	Zakres świadczonej usługi	Cena brutto w zł za godzinę usługi	Koszt brutto w zł	Dowód zakupu usługi
<i>Przykład:</i> 1-30.10.2xx	<i>Przykład:</i> 48	<i>Przykład:</i> Tłumaczenie podczas zajęć na uczelni w ramach studiów zaocznych	<i>Przykład:</i> Y	<i>Przykład:</i> 48 x Y	
1.					
2.					
Razem					
Wnioskowana kwota dofinansowania do wypłaty					

Do wniosku załącza się dowód zakupu usługi (fakturę, rachunek) oraz wpis usługodawcy do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN.

Wynik weryfikacji wniosku o wypłatę dofinansowania (wypełnia organ):

	Tak	Nie	Adnotacja
Czy kwota zakupu usługi jest zgodna z umową?			
Czy zakres usługi jest zgodny z umową?			
Czy termin realizacji usługi jest zgodny z umową?			
Czy do wniosku załączono wpis usługodawcy do rejestru tłumaczy PJM, SJM, SKOGN			
Czy do wniosku załączono dowody zakupu?			

Do wypłaty:

Uzasadnienie nie wypłacenia pełnej kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data

Podpis

Zadanie dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

WNIOSEK

o dofinansowanie organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych zamieszkujących powiat xxxx/miasto na prawach powiatu xxxxx

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa.....

Adres siedziby

Numer telefonu

Adres e-mail:

NIP.....

REGON

Status prawny i podstawa działania:

Płatnik VAT: TAK/NIE

Osoby uprawnione do reprezentacji i zaciągania zobowiązań finansowych:

Osoba 1: imię i nazwisko, funkcja.....

Osoba 2, imię i nazwisko, funkcja (jeśli dotyczy)

Informacja o działaniach wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych i źródłach ich finansowania

<p>Krótki opis zakresu działania wnioskodawcy na rzecz osób niepełnosprawnych w okresie 2 lat poprzedzających termin złożenie wniosku, z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności podopiecznych - ON (max. 1000 znaków)</p>		
<p>Liczba osób niepełnosprawnych, które skorzystały ze wsparcia wnioskodawcy (szacunkowo w miesiącu –w okresie ostatnich 2 lat)</p>		
<p>Od kiedy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?</p>	<p>Data:</p>	
<p>Ogólna wartość nakładów poniesionych przez wnioskodawcę na realizację podobnych działań dla osób niepełnosprawnych w ciągu</p>		

ostatnich dwóch lat do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku	
Z jakich źródeł wnioskodawca finansuje swoją działalność na rzecz osób niepełnosprawnych?	
Z jakiego źródła wnioskodawca sfinansuje wkład własny do realizacji działania, o dofinansowanie którego wnioskuje?	

Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania PFRON w przeszłości: TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy

Numer rachunku bankowego:

PLANOWANE DZIAŁANIA NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ROKU 20XX, KTÓRYCH DOTYCZY WNIOSKÓW

Zakres planowanych działań (zaznaczyć właściwe wstawiając X):

Sport	
Rekreacja	
Kultura	
Turystyka	

Informacje o planowanym działaniu

Nazwa działania:

Planowana liczba uczestników:.....

Grupa wiekowa uczestników (podać liczbę uczestników):

Przedział	Liczba uczestników działania
do 18 r. ż.	
między 19 a 60 r. ż.	
po 60 r. ż.	

Główna dysfunkcja uczestników najbardziej utrudniająca funkcjonowanie

Przedział	Liczba osób
Grupa obejmuje osoby z różnymi dysfunkcjami	
Jeśli działanie jest skierowane wyłącznie lub głównie do grupy z określoną dysfunkcją, proszę wskazać poniżej o jaką dysfunkcję chodzi podając liczbę uczestników	
Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Opis planowanego działania (proszę opisać działanie, które wnioskodawca planuje zrealizować dla osób niepełnosprawnych)

Miejsce realizacji:
Termin realizacji:
Program:

Przewidywane efekty działania dla osób niepełnosprawnych i uzasadnienie możliwości ich osiągnięcia

Wskazanie potrzeb osób niepełnosprawnych, na które planowane działanie ma odpowiedzieć:	
Spodziewany efekt (proszę wstawić X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)	
Większa samodzielność uczestników w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność uczestników w wykonywaniu czynności życia codziennego	

<p>Zwiększenie możliwości udziału uczestników działań w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom</p> <p><i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób udział osób niepełnosprawnych w proponowanych działaniach zwiększy ich szanse na aktywizację społeczną:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Zwiększenie szans uczestników działań na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej.</p> <p><i>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób udział osób niepełnosprawnych w proponowanych działaniach zwiększy ich szanse na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Inne efekty (proszę określić jakie):</p> <p>.....</p>	

Informacja o posiadanych zasobach lokalowych i kadrowych umożliwiających realizację planowanego działania

<p>Informacje o pomieszczeniach niezbędnych do właściwego wykonania zadania</p>
<p>Informacja o kadrze niezbędnej do właściwego wykonania działania (w szczególności wykazanie doświadczenia i kwalifikacji kadry/ osób zaangażowanych)</p>

Planowane koszty działania i sposób ich sfinansowania:

Wykaz zakupów/kosztów (wraz z podstawą kalkulacji)	Kwota brutto w zł
1.	
2.	
3.	
Razem	
Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (nie może przekroczyć XXX% przewidywanego całkowitego kosztu brutto działania)	
Deklarowany procentowy udział Wnioskodawcy w kosztach przedsięwzięcia (musi wynosić co najmniej xxx% przewidywanego całkowitego kosztu brutto działania)	

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie ma zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie podmiotu, który reprezentuję.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli w miejscu realizacji zadania oraz na rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji/kontroli (m.in. sporządzanie nagrań, fotografii lub filmów).

Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie zalega z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych.

Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie zalega z płatności składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

Oświadczam, iż zobowiązuje się do udziału w ewaluacji efektów realizacja działania dla osób niepełnosprawnych.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy

Do wniosku należy załączyć:

1. Aktualny wypis z rejestru sądowego lub wypis z ewidencji działalności gospodarczej /ważny 3 miesiące/,
2. Statut,

3. Dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 584 z późn. zm.):
 - a. zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe albo oświadczenie o nieskorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie,
 - b. informacje o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymał w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis,
4. dotyczy zakładów pracy chronionej:
 - a. potwierdzona kopia decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
 - b. informacja o kwocie naliczenia oraz sposobie wykorzystania zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku

Załączniki wymienione w pkt. 1 nie są wymagane w przypadku gdy wynikające z nich fakty lub stan prawny są znane instytucji z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione przez wnioskodawcę.

Karta weryfikacji formalnej wniosku o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został złożony w terminie?			
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentowania wnioskodawcy?			
Czy wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych od co najmniej 2 lat?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania mieści się w dopuszczalnym limicie procentowym?			
Czy wnioskodawca ma zaległości względem Funduszu lub był w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie podmiotu?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Dodatkowe kryteria oceny wniosku

Proponowane kryteria oceny wniosków o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki umożliwią ocenę jakości i zasadności wniosków. Powiaty mają możliwość stosowania dodatkowych kryteriów wynikających ze specyfiki potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie. Powiaty określają wagi oraz punktację dla poszczególnych kryteriów w zależności od potrzeb osób niepełnosprawnych zamieszkujących na ich terenie i wysokości dostępnych środków.

1. Liczba osób niepełnosprawnych objętych planowanym działaniem

Najwyższą punktację otrzymują wnioski oferujące prowadzenie działania na rzecz jak największej liczby osób niepełnosprawnych.

2. Adekwatność planowanych działań względem potrzeb osób niepełnosprawnych

Najwyższą punktację otrzymują wnioski, w których planowane działania w najwyższym stopniu odpowiadają na właściwie zidentyfikowane potrzeby grupy docelowej

3. Powiązanie między planowanymi działaniami a spodziewanymi efektami

Najwyższą punktację otrzymują wnioski, w których powiązanie między spodziewanymi efektami a zaplanowanymi działaniami jest największe.

4. Udział wkładu własnego w realizację działań (po jednym punkcie za każdy dodatkowy 1% wkładu własnego powyżej limitu określonego w ogłoszeniu o realizacji zadania, max 10 pkt)

5. Jakość planowej realizacji działania (kadra, zasoby lokalowe)

5.1 Warunki lokalowe i techniczne

Najwyższą punktację otrzymają wnioskodawcy oferujące najlepsze warunki lokalowe i techniczne uwzględniające potrzeby osób niepełnosprawnych.

5.2 Personel

Najwyższą punktację otrzymają wnioskodawcy zapewniający profesjonalny i doświadczony zespół do pracy z osobami niepełnosprawnymi.

6. Doświadczenie wnioskodawcy w realizacji podobnego zakresu zadań

Najwyższą punktację otrzymają wnioskodawcy z najwyższym doświadczeniem.

dnia.....

podpis.....

Sprawozdanie i rozliczenie organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki dla osób niepełnosprawnych

Nazwa podmiotu:.....

NIP:.....

Nr umowy:

Sprawozdanie z realizacji działania (w kolejności zgodnie z wnioskiem):

Nazwa działania:
Opis przebiegu:
Uzyskane efekty:

Dane dotyczące uczestników

Liczba uczestników w podziale na:

Rodzaj dysfunkcji	Liczba osób
Grupa obejmowała osoby z różnymi dysfunkcjami	
Jeśli działanie było skierowane wyłącznie lub głównie do grupy z określoną dysfunkcją, proszę wskazać poniżej o jaką dysfunkcję chodzi podając liczbę uczestników	
Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Wiek	Liczba osób
do 18 r. ż.	
między 19 a 60 r. ż.	
po 60 r. ż.	

Płeć	Liczba osób
kobiety	
mężczyźni	

Zestawienie kosztów (w kolejności zgodnej z wnioskiem)

Wykaz zakupów/kosztów	Kwota zakupu w zł	Dowód zakupu (faktura, rachunek)
1.		

2.		
3.		
	Razem	
	Wnioskowana kwota dofinansowania do wypłaty	

Do wniosku o wypłatę dofinansowania załącza się dowody zakupu (faktury, rachunki, itp.)

Wynik weryfikacji wniosku o wypłatę dofinansowania (wypełnia organ):

	Tak	Nie	Adnotacja
Czy zrealizowane zadanie jest zgodne z zakresem uzgodnionym w umowie?			
Czy całkowita kwota wydatków mieści się w limicie uzgodnionym w umowie?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania do wypłaty mieści się w limicie uzgodnionym w umowie?			
Czy zakupy zostały dokonane w uzgodnionym terminie?			
Czy do wniosku załączono wymagane załączniki (dowody zakupu)?			

Do wypłaty:

Uzasadnienie nie wypłacenia pełnej kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data

Podpis

**Zadanie dofinansowania do oprocentowania kredytu
bankowego zaciągniętego na kontynuowanie prowadzenia
działalności gospodarczej lub rolniczej**

**WNIOSEK
o dofinansowania ze środków PFRON do oprocentowania kredytu bankowego zaciągniętego na
kontynuowanie działalności gospodarczej lub rolniczej**

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer telefonu

Faks

Adres e-mail:

NIP:

Rodzaj działalności:

PKD:

Stan zatrudnienia ogółem:

W tym liczba pracowników niepełnosprawnych:

Od kiedy prowadzona jest działalność gospodarcza lub rolnicza:

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy

Numer rachunku bankowego

INFORMACJE O ZAKRESIE WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA KREDYTU

Na co został/ jest przeznaczony kredyt? (Np. zakup nowej maszyny, remont warsztatu, itp)

.....
.....
.....

Wnioskowana kwota dofinansowania

Wniosuję o przyznanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowania do wysokości 50% oprocentowania zaciągniętego kredytu, przez okres od miesiąca do miesiąca 20xx r., w kwocie łącznej zł (słownie: złotych).

Oświadczenia:

Oświadczam, że:

- nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON,
- nie zalegam z płatnością obowiązkowych składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne,
- nie zalegam z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych,
- nie korzystałem(am) z pożyczki na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej albo pożyczka została w całości spłacona lub umorzona,
- nie otrzymałem(am) bezzwrotnych środków na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej albo prowadziłem(łam) tę działalność co najmniej przez 24 miesiące od dnia otrzymania pomocy na ten cel.

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w ewaluacji efektów przyznanego dofinansowania do oprocentowania kredytu.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy

Do wniosku należy załączyć:

1. dokument poświadczający formę prawną wnioskodawcy (wpis do CEIDG lub odpis z KRS);
2. kopię umowy kredytowej, z której wynika przeznaczenie kredytu (pozostającego w związku z kontynuowaną działalnością) oraz oryginał umowy do wglądu;
3. informację z banku o bieżącym spłaceniu kredytu, aktualnym zadłużeniu, wysokości oprocentowania oraz terminach rat ich płatności;
4. ważne orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność;
5. informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy de minimis lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy, o których mowa w art. 37 ust. 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.), w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia refundacją;

Załącznik wymieniony w pkt 4 jest wymagany w przypadku gdy wynikający z niego fakt lub stan prawny są znane instytucji z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione przez wnioskodawcę.

Karta weryfikacji formalnej wniosku o dofinansowanie do oprocentowania kredytu bankowego zaciągniętego na kontynuowanie działalności gospodarczej lub rolniczej

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			
Czy wnioskowana kwota mieści się w przyjętym limicie?			
Czy wnioskowany okres dofinansowania obejmuje wyłącznie rok bieżący?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Rozliczenie dofinansowania do oprocentowania kredytu bankowego zaciągniętego na kontynuowanie działalności gospodarczej lub rolniczej przez osobę niepełnosprawną

Wniosek o wypłatę dofinansowania za miesiąc:

Imię i nazwisko:.....

NIP:

Numer umowy:

Kwota poniesionych wydatków w miesiącu:

Wnioskowana kwota dofinansowania w miesiącu:

Do wniosku o wypłatę dofinansowania załącza się wyciąg z konta bankowego potwierdzający dokonanie zapłaty raty kredytu z odsetkami.

Wynik weryfikacji wniosku o wypłatę dofinansowania (wypełnia organ):

	Tak	Nie	Adnotacja
Czy do wniosku załączono dowód poniesienia wydatku?			
Czy wysokość wnioskowanego dofinansowania jest zgodna z umową?			

Do wypłaty:

Uzasadnienie nie wypłacenia pełnej kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data

Podpis

Zadanie zwrotu kosztów szkoleń pracowników niepełnosprawnych organizowanych przez pracodawców

WNIOSEK
o refundację kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych ze środków PFRON

DANE WNIOSKODAWCY – PRACODAWCY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Nazwa pracodawcy.....
Siedziba pracodawcy
Numer telefonu
Faks
Adres e-mail:
PESEL/ NIP.....
REGON
Status prawny i podstawa działania:
Stan zatrudnienia ogółem:
W tym liczba pracowników niepełnosprawnych:
Informacja o wielkości przedsiębiorstwa (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):

Małe

Średnie

Duże

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy

Numer rachunku bankowego (jeśli wnioskodawca nie posiada rachunku, proszę wpisać NIE DOTYCZY):.....

INFORMACJE O SZKOLENIU I PRACOWNIKACH NIEPEŁNOSPRAWNYCH BIORĄCYCH UDZIAŁ W SZKOLENIU

L.p.	Nazwa szkolenia	Termin i miejsce realizacji szkolenia	Zakres szkolenia	Liczba pracowników/pracownic niepełnosprawnych biorących udział w szkoleniu	Uzasadnienie potrzeby szkolenia (jeśli konieczne-odrzębnie dla każdego pracownika)	Spodziewane efekty (jeśli konieczne-odrzębnie dla każdego pracownika)
1						
2						
3						

Kosztorys szkolenia (jeśli konieczne, odrębnie dla każdego szkolenia)

Refundacją mogą być objęte następujące rodzaje kosztów poniesione w związku ze szkoleniem:	Kwota brutto w zł
1) usług świadczonych przez osoby prowadzące szkolenie poniesione za godziny, podczas których prowadzą one szkolenie,	

2) usług tłumacza języka migowego , tłumacza-przewodnika, lektora dla osób niewidomych lub opiekuna zatrudnionej osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności,	
3) podróży osób prowadzących szkolenie, uczestników szkolenia, tłumacza języka migowego, tłumacza przewodnika, lektora dla osób niewidomych lub opiekuna zatrudnionej osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności,	
4) zakwaterowania i wyżywienia uczestników szkolenia,	
5) usług doradczych,	
6) obsługi administracyjno-biurowej,	
7) wynajmu pomieszczeń,	
8) amortyzacji wyposażenia i narzędzi, z wyłączeniem wyposażenia i narzędzi zakupionych w ramach wsparcia ze środków publicznych w okresie siedmiu lat przed realizacją szkolenia,	
9) materiałów szkoleniowych,	
10) pokrycie wydatków obejmujących koszty płacy pracownika niepełnosprawnego za czas, w którym pracownik ten uczestniczy w szkoleniu.	
Ogółem koszty szkolenia	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	
<ul style="list-style-type: none"> • Do 70% kosztów szkolenia, jednak nie więcej niż kwota 2-krotnego przeciętnego wynagrodzenia za pracownika niepełnosprawnego biorącego udział w szkoleniu w przypadku małych i średnich przedsiębiorstw • Do 60% kosztów szkolenia w przypadku dużych przedsiębiorstw 	

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że zalegam/ nie zalegam (niepotrzebne skreślić) z wymagalnymi zobowiązaniami wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że nie zalegam z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych.

Oświadczam, że nie zalegam z płatności składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

Oświadczam, iż zobowiązuje się do udziału w ewaluacji efektów szkolenia będącego/ szkoleń będących przedmiotem wniosku.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy

Do wniosku należy załączyć:

1. Dokument świadczący o formie prawnej pracodawcy;
2. Informację o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy de minimis lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy, o których mowa w art. 37 ust. 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.), w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia refundacji;
3. Umowa o pracę (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) pracownika(ów) niepełnosprawnego(nych) kierowanego(nych) na szkolenie;
4. Orzeczenie o niepełnosprawności (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) pracownika(ów) kierowanego/-nych na szkolenie;
5. Zgody pracowników biorących udział w szkoleniu na przetwarzanie ich danych osobowych przez urząd i PFRON.

**Karta weryfikacji wniosku o refundację kosztów
szkolenia pracowników niepełnosprawnych**

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania mieści się w dopuszczalnym limicie procentowym i/lub kwotowym?			
Czy planowany termin realizacji szkolenia umożliwia realizację wniosku w roku bieżącym?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			
Czy szkolenie jest zasadne w kontekście potrzeb pracowników niepełnosprawnych biorących udział w szkoleniu?			
Czy szkolenie jest zasadne w odniesieniu do branży i zakresu działalności gospodarczej pracodawcy?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Rozliczenie wniosku o refundację pracodawcy kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych

Wniosek o wypłatę środków:

Nr umowy:.....

Nazwa wnioskodawcy:.....

NIP:.....

W związku z ukończeniem szkolenia wnioskuję o refundację kosztów szkolenia (w kolejności zgodnej z wnioskiem o dofinansowanie):

Rodzaj kosztu:	Poniesiona kwota	Dowód zakupu (faktura, rachunek)
1) usługi świadczone przez osoby prowadzące szkolenie poniesione za godziny, podczas których prowadzą one szkolenie,		
2) usługi tłumacza języka migowego , tłumacza-przewodnika, lektora dla osób niewidomych lub opiekuna zatrudnionej osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności,		
3) podróż osób prowadzących szkolenie, uczestników szkolenia, tłumacza języka migowego, tłumacza przewodnika, lektora dla osób niewidomych lub opiekuna zatrudnionej osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności,		
4) zakwaterowania i wyżywienia uczestników szkolenia,		
5) usługi doradcze		
6) obsługa administracyjno-biurowa		
7) wynajem pomieszczeń		
8) amortyzacja wyposażenia i narzędzi, z wyłączeniem wyposażenia i narzędzi zakupionych w ramach wsparcia ze środków publicznych w okresie siedmiu lat przed realizacją szkolenia,		
9) materiały szkoleniowe,		
10) pokrycie wydatków obejmujących koszty płacy pracownika niepełnosprawnego za czas, w którym pracownik ten uczestniczy w szkoleniu.		
Razem		

Kwota do refundacji (zgodnie z limitem procentowym określonym w umowie)		
--	--	--

Dane dotyczące uczestników szkolenia

Liczba uczestników w podziale na:

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik	Liczba
Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie	Liczba
Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Wiek	Liczba
18-30 lat	
31-40 lat	
41-50 lat	
51-60 lat	
Powyżej 61 lat	

Płeć	Liczba
kobiety	
mężczyźni	

Poziom wykształcenia	Liczba
Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe - specjalne	
Podstawowe	
Podstawowe - specjalne	
Gimnazjalne	
Gimnazjalne - specjalne	
Zasadnicze zawodowe	
Zasadnicze-specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	
Wyższe	

Załącznik do wniosku o wypłatę środków:

- Dowody ukończenia szkolenia przez pracowników niepełnosprawnych
- Faktury/rachunki
- Dowody zapłaty

Data

Podpis:

Wynik weryfikacji wniosku o wypłatę dofinansowania (wypełnia organ):

	Tak	Nie	Adnotacja
Czy zrealizowane szkolenia są zgodne z zakresem uzgodnionym w umowie?			
Czy całkowita kwota wydatków mieści się w limicie uzgodnionym w umowie?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania do refundacji mieści się w limicie uzgodnionym w umowie?			
Czy wydatki zostały poniesione w uzgodnionym terminie?			
Czy do wniosku załączono wymagane załączniki?			

Do wypłaty:

Uzasadnienie nie wypłacenia pełnej kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data

Podpis

Zadanie finansowania szkoleń osób niepełnosprawnych przez kierownika powiatowego urzędu pracy

WNIOSEK
do kierownika PUP o skierowanie na szkolenie finansowane ze środków PFRON

DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UBIEGAJĄCEGO SIĘ O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PFRON)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail:

PESEL.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Poziom wykształcenia (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe - specjalne	
Podstawowe	
Podstawowe - specjalne	
Gimnazjalne	
Gimnazjalne - specjalne	
Zasadnicze zawodowe	
Zasadnicze-specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	
Wyższe	

Dochody wnioskodawcy i liczba członków jego gospodarstwa domowego

Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe

razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje następująca liczba osób

Razem dochód w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	..... zł
Średni miesięczny dochód na osobę (kwotę powyżej podzielić przez liczbę osób w gospodarstwie domowym)	..... zł

Informacja o dotychczasowym korzystaniu ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałam /em:		TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)		
Data przyznania dofinansowania	Numer zawartej umowy	Cel	Kwota	Stan rozliczenia

Informacja o numerze rachunku bankowego wnioskodawcy

Numer rachunku bankowego (jeśli wnioskodawca nie posiada rachunku, proszę wpisać NIE DOTYCZY):.....

INFORMACJE O SZKOLENIU

Przyczyna ubiegania się o skierowanie na szkolenie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu):

Brak kwalifikacji zawodowych	
Konieczność zmiany kwalifikacji w związku z brakiem propozycji odpowiedniego zatrudnienia	
Utrata zdolności do pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie	
Wnioskodawca jest w okresie wypowiedzenia umowy o pracę z przyczyn od niego niezależnych	

Dotychczasowe doświadczenie zawodowe wnioskodawcy (jeśli brak doświadczenie zawodowego wpisać Nie dotyczy)

Nazwa pracodawcy/ informacja o prowadzeniu własnej działalności	Czas trwania (mm/rr)	Stanowisko, wykonywany zawód

Nazwa szkolenia

.....
.....

Cel szkolenia

Jaką wiedzę, umiejętności i/lub kwalifikacje zostaną uzyskane w związku z udziałem w szkoleniu?
.....
Z jakim potencjalnym miejscem pracy to szkolenie jest związane (wskazać oferty pracy lub załączyć do wniosku oświadczenie pracodawcy o gotowości zatrudnienia)
.....

Termin szkolenia

.....

Liczba godzin szkoleniowych

.....

Miejsce realizacji szkolenia

.....
.....

Instytucja szkoleniowa (nazwa i adres)

.....
.....

Przewidywany koszt szkolenia i wnioskowana kwota

.....

Rodzaj kosztu	Kwota brutto w zł
wynagrodzenie jednostki szkolącej	
koszt ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków	Pokrywa PUP
koszt zakwaterowania i wyżywienia w części albo w całości	
koszt przejazdu na szkolenie wnioskodawcy	
Koszt przejazdu przewodnika lub opiekuna osoby zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	
koszt usług tłumacza języka migowego albo lektora dla niewidomych lub osoby towarzyszącej osobie niepełnosprawnej ruchowo zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	
koszt niezbędnych badań lekarskich, psychologicznych, diagnostycznych i usług rehabilitacyjnych.	Pokrywa PUP
Razem wnioskowana kwota (100% kosztów, jednak nie więcej niż do wysokości dziesięciokrotności przeciętnego wynagrodzenia, tj. do kwoty xxxx zł)	

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane we wniosku o dofinansowanie oraz załącznikach są prawdziwe.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez [nazwa urzędu] i PFRON dla potrzeb związanych z realizacją zadań [nazwa urzędu] na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1996r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że zobowiązuje się do udziału w ewaluacji efektów uzyskanych w związku z udziałem w szkoleniu, którego dotyczy wniosek.

.....

Data i podpis Wnioskodawcy

Do wniosku należy załączyć:

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu);
2. faktura pro forma (oferta cenowa) dotycząca szkolenia.

Załącznik wymieniony w pkt. 1 nie jest wymagany w przypadku gdy wynikające z niego fakty lub stan prawny są znane instytucji z urzędu lub są możliwe do ustalenia w oparciu o: bazę danych instytucji lub rejestrów publicznych, do których instytucja ma dostęp elektroniczny, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym, dokumenty urzędowe przedstawione przez wnioskodawcę.

Karta weryfikacji formalnej wniosku o dofinansowanie szkolenia osoby niepełnosprawnej

Wypełnia pracownik instytucji:

	Tak	Nie	Adnotacje osoby sprawdzającej
Czy wniosek został podpisany przez osobę uprawnioną?			
Czy wnioskowana kwota dofinansowania mieści się w dopuszczalnym limicie kwotowym?			
Czy do wniosku załączono wszystkie wymagane załączniki?			
Czy termin szkolenia mieści się w roku bieżącym?			

Wynik weryfikacji:	Tak
Wniosek poprawny	
Wniosek niekompletny, wymaga uzupełnienia	
Wniosek odrzucony (proszę wpisać powód odrzucenia wniosku):	
Wniosek pozostawiony bez rozpatrzenia w związku z nie uzupełnieniem wniosku w wyznaczonym terminie	

Data:

Podpis:

Kryteria oceny wniosku o sfinansowanie szkolenia osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON

1. Zasadność tematyki i zakresu szkolenia w kontekście sytuacji wnioskodawcy (rodzaj i stopień niepełnosprawności, kwalifikacje, doświadczenie zawodowe)

Tematyka i zakres szkolenia odpowiadają/ nie odpowiadają sytuacji wnioskodawcy:

Uzasadnienie:

.....

2. Zasadność tematyki i zakresu szkolenia w kontekście sytuacji na rynku pracy w powiecie

Tematyka i zakres szkolenia odpowiadają/ nie odpowiadają potrzebom lokalnego rynku pracy

Uzasadnienie:

.....

Wniosek o wypłatę środków (w zależności od czasu trwania szkolenia, wniosek może być składany z częstotliwością miesięczną):

Strona umowy (wnioskodawca):

Nr umowy:

PESEL:

Wnioskuje o wypłatę środków za miesiąc (jeśli dotyczy):

Rodzaj kosztu	Kwota zakupu brutto w zł	Dowód zakupu
wynagrodzenie jednostki szkolącej		
koszt zakwaterowania i wyżywienia		
koszt przejazdu na szkolenie wnioskodawcy		
koszt przejazdu przewodnika lub opiekuna osoby zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności (jeśli dotyczy)		
koszt usług tłumacza języka migowego albo lektora dla niewidomych lub osoby towarzyszącej osobie niepełnosprawnej ruchowo zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności (jeśli dotyczy)		
Razem		

Do wniosku załącza się dowody zakupu (faktury, rachunki, bilety, itp.)

Data:

Podpis

Weryfikacja wniosku o wypłatę środków (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź (wypełnia organ):

- Osoba ukończyła szkolenia i złożyła dokument potwierdzający ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji/ Osoba kontynuuje szkolenie i złożyła dokument potwierdzający uczęszczanie na szkolenie (dotyczy rozliczenia miesięcznego)
- Przerwała udział w szkoleniu i przedstawiła w ciągu 7 dni zaświadczenia o niezdolności do pracy w skutek choroby, pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej lub konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny na druku ZUS ZLA
- Przerwała udział w szkoleniu z powodu podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.

Nie ukończyła szkolenia bez podania przyczyny

Do wypłaty:

Uzasadnienie nie wypłacenia pełnej kwoty dofinansowania (jeśli dotyczy):

.....
.....

Data

Podpis

Pozostałe zadania

Zadania dotyczące:

1. Dofinansowania warsztatów terapii zajęciowej
2. Dofinansowania turnusów rehabilitacyjnych
3. Dofinansowania zlecenia fundacjom oraz organizacjom pozarządowym zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych
4. Zwrotu kosztów przystosowania stanowiska pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych
5. Zwrotu kosztów zatrudnienia oraz szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu
6. Zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej
7. Zwrotu wydatków na usługi i instrumenty rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy nie pozostających w zatrudnieniu
8. Dofinansowania rozpoczęcia działalności gospodarczej, rolniczej lub wniesienia wkładu do spółdzielni socjalnej.

są realizowane zgodnie w przepisami odnoszącymi się do tych zadań, zawierającymi wzory formularzy.

Monitoring

Monitorowanie

W odniesieniu do zadań dotyczących:

- dofinansowania turnusów rehabilitacyjnych,
- zwrotu kosztów przystosowania stanowiska pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- zwrotu kosztów zatrudnienia oraz szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu,
- zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej,
- zwrotu wydatków na usługi i instrumenty rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy nie pozostających w zatrudnieniu
- dofinansowania rozpoczęcia działalności gospodarczej, rolniczej lub wniesienia wkładu do spółdzielni socjalnej,

zaleca się poszerzenie zakresu formularzy wniosków o dofinansowanie tych zadań ze środków PFRON o następujący zakres danych umożliwiający bardziej szczegółowe monitorowanie wsparcia udzielanego osobom niepełnosprawnym w odniesieniu do

- stopnia niepełnosprawności,
- głównej dysfunkcji,
- sytuacji na rynku pracy
- wykształcenia.

Proponuje się następujący układ danych:

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
Upośledzenie umysłowe	
Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
Epilepsja	
Inne, jakie:.....	

Sytuacja na rynku pracy (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Uczę się/ studiuję	
Pracuję	
Pracuję i studiuję/uczę się	

Jestem bezrobotny/a zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem poszukujący/-ąca pracy zarejestrowany/a w urzędzie pracy	
Jestem nieaktywny/a zawodowo/nie poszukuję pracy	

Poziom wykształcenia (proszę wstawić X w odpowiednim miejscu)

Brak wykształcenia (nie uczęszczał do szkoły)	
Absolwent szkoły życia	
Niepełne podstawowe	
Niepełne podstawowe-specjalne	
Podstawowe	
Podstawowe-specjalne	
Gimnazjalne	
Gimnazjalne-specjalne	
Zasadnicze zawodowe	
Zasadnicze-specjalne	
Średnie zawodowe łącznie z policealnym	
Średnie ogólnokształcące	
Wyższe	

W przypadku zadania dot. dofinansowania warsztatów terapii zajęciowej zaleca się wymaganie w sprawozdaniach z realizacji tego zadania zawarcia informacji o liczbie osób niepełnosprawnych, które skorzystały z warsztatów w podziale na stopień niepełnosprawności, główną dysfunkcję, poziom wykształcenia oraz wiek, stosując układ danych zaproponowano powyżej. Dodatkowo informacje o wieku uczestników powinny być przedstawione w następującym układzie: 18-30 lat, 31-40 lat, 41-50 lat, 51-60 lat, powyżej 60 lat.

W przypadku zadania dot. dofinansowania zlecenia fundacjom oraz organizacjom pozarządowym zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych zakres sprawozdania z realizacji zadania powinien umożliwić gromadzenie danych o liczbie osób niepełnosprawnych, które skorzystały z tego zadania w podziale na płeć (liczba kobiet i mężczyzn) i wiek (w przedziałach: do 18 r. ż; między 19 a 60 r. ż, po 60 roku życia).

Ewaluacja

Do każdego formularza dotyczącego powyższych zadań dofinansowanych ze środków PFRON należy dodać zobowiązanie wnioskodawcy do udziału w ewaluacji efektów realizacji zadania.

Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w **turnusie rehabilitacyjnym** należy uzupełnić o wskazanie spodziewanych efektów uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym według następującego wzoru:

Jakie są oczekiwane efekty uczestnictwa wnioskodawcy w turnusie rehabilitacyjnym? (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu i podać wyjaśnienie)

Większa samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Całkowita samodzielność wnioskodawcy w wykonywaniu czynności życia codziennego	
Zwiększenie możliwości udziału wnioskodawcy w życiu społecznym poza miejscem zamieszkania rozumianym jako mieszkanie/dom	

<p>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym zwiększy możliwości aktywności społecznej:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Zwiększenie szans wnioskodawcy na aktywizację zawodową/ na utrzymanie aktywności zawodowej.</p> <p>Jeśli zaznaczono tę opcję, należy uzasadnić w jaki sposób uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym zwiększy szanse na aktywizację zawodową/na utrzymanie aktywności zawodowej:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Inne efekty (proszę określić jakie):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Istotne postanowienia umów o dofinansowanie

Wytyczne do umów – wymagane elementy i sugerowane rozwiązania

1. Dane porządkowe:
 - a. data zawarcia
 - b. numer umowy
 - c. tytuł wskazujący na charakter zadania
2. Oznaczenie stron, w tym dane jednoznacznie identyfikujące beneficjenta (imię i nazwisko, nr PESEL, adres zamieszkania/ nazwę, NIP, adres, imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)
3. Wskazanie zadania podlegającego dofinansowaniu – nazwa zadania z przywołaniem podstawy prawnej, a ponadto w zależności od zadania:
 - a. wskazanie sprzętu przewidzianego do zakupu,
 - b. wskazanie zakresu zakupów i robót w ramach likwidacji barier architektonicznych wraz z określeniem miejsca realizacji robót (adres lokalu) i podanie podstawy dokonanej wyceny wartości zadania
 - c. wskazanie charakteru innego zadania, przewidzianego do dofinansowania

W przypadku, gdy zadanie obejmuje wiele elementów możliwe jest zawarcie szczegółów w załączniku, przywołanym przy wskazaniu zadania.

4. Kwotę środków Funduszu przyznanych na realizację zadania:
 - a. przewidywany ogólny koszt zakupu/robót/innego zadania (wraz z podaniem stawki jednostkowej tam, gdzie dotyczy)
 - b. gwarantowany udział środków Funduszu w ogólnym koszcie wraz ze wskazaniem kwoty w stosunku o przewidywanego kosztu ogółem
 - c. gwarantowany udział środków własnych wnioskodawcy wraz ze wskazaniem kwoty w stosunku o przewidywanego kosztu ogółem
 - d. zobowiązanie beneficjenta do pokrycia różnicy pomiędzy kosztem ogółem a gwarantowaną kwotą dofinansowania w przypadku, gdy koszt ogółem okaże się wyższy od przewidywanego
5. Określenie terminów:
 - a. ostateczny termin dokonania zakupu sprzętu/wykonania robót, będących przedmiotem dofinansowania
 - b. termin od-do realizacji innych zadań, będących przedmiotem dofinansowania
 - c. ostateczny termin złożenia rozliczenia wykonanego zadania (dokonanego zakupu/wykonanych robót/realizacji innych zadań będących przedmiotem dofinansowania)
 - d. termin przekazania środków PFRON, określony w relacji do dnia ostatecznego przyjęcia złożonego rozliczenia

- e. ostateczny termin obowiązywania umowy
6. Określenie sposobu rozliczenia umowy:
- a. wskazanie dokumentów potwierdzających dokonanie zakupu sprzętu/wykonanych robót/realizacji innego zadania podlegającego dofinansowaniu,
 - b. określenie formy płatności w zależności od wnioskowanej przez beneficjenta: przelewem na rachunek wnioskodawcy/ dostawcy sprzętu rehabilitacyjnego/ wykonawcy robót/ realizatora innego zadania lub gotówką w kasie
7. Zobowiązania beneficjenta do:
- a. użytkowania sprzętu/wyposażenia zgodnie z przeznaczeniem
 - b. dbałości o nabyty sprzęt
 - c. dokonywania na własny koszt konserwacji i napraw zakupionego sprzętu
 - d. niezbywanie sprzętu przez okres 3 lat pod rygorem zwrotu środków
 - e. umożliwienia w każdym czasie przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji umowy
 - f. udziału w ewaluacji zadania
8. Warunki rozwiązania i wypowiedzenia umowy:
- a. wskazanie sytuacji i trybu, w ramach którego strony mogą rozwiązać umowę
 - b. wskazanie listy warunków, których niedopełnienie może spowodować rozwiązanie umowy przez starostę
 - c. zobowiązanie beneficjenta do zwrotu przekazanej kwoty środków PFRON wraz z odsetkami ustawowymi w razie rozwiązania umowy
9. Inne postanowienia
- a. zobowiązanie do zachowania firmy pisemnej w przypadku zmiany lub rozwiązania umowy
 - b. wskazanie źródła prawa mającego zastosowanie w sprawach nie uregulowanych umową
 - c. wskazanie Sądu właściwego do rozstrzygania sporów wynikłych z realizacji umowy