

Nr sprawy



program finansowany ze środków PFRON

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Suwałkach ul. Filipowska 20, tel. 875628984
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD” - 2019 r.

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

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem : www.pfron.org.pl

CZĘŚĆ A

(właściwe zaznaczyć przez zakreślenie pola)

<input type="checkbox"/> Moduł I - likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową	
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu ruchu	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy dla osób z dysfunkcją narządu ruchu
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 3 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy dla osób z dysfunkcją narządu słuchu	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu słuchu
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych – stopień znaczny	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku – stopień umiarkowany	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 4 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 5 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu dla osób ze znacznym stopniem	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 5 pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
<input type="checkbox"/> Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	<input type="checkbox"/> Moduł II - pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
Imię.....	Nazwisko.....
Dowód osobisty nr wydany w dniu..... r. przez....., ważny do dniar.	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały	ADRES ZAMELDOWANIA <i>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</i>
Ulica	Ulica.....
Miejscowość	Miejscowość.....
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>(poczta)</small>	<small>(poczta)</small>
Adres e- mail	
Nr telefonu	

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa	<input type="checkbox"/> - media	<input type="checkbox"/> - Realizator programu
	<input type="checkbox"/> - PFRON	<input type="checkbox"/> - inne, jakie:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		

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

<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y	<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y	<input type="checkbox"/> staż zawodowy
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y	<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I		
<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA/ GIMANZJALNA	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PONADGIMNAZJALNA	<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA
<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE
<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> INNA.....	<input type="checkbox"/> nie dotyczy

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub na jego rzecz inna osoba (np. rodzic, opiekun prawny) korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Wysokość dofinansowania (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

4. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia.

<p>1) Czy w 2018 lub 2019 roku został Pan/i poszkodowany/a w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?*</p> <p><i>*należy przez to rozumieć:</i></p> <p>a) osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2018r. poz.1345), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn.zm.).</p> <p>b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>2) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są inne osoby niepełnosprawne? (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dotyczące niepełnosprawności)</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba)</p> <p><input type="checkbox"/> - tak (więcej niż 1osoba)</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) Czy występują szczególne utrudnienia? (np. pogorszenie stanu zdrowia- potwierdzone odpowiednim zaświadczeniem lekarskim, inne trudności zawarte w krótkim uzasadnieniu, itp.)</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca po raz pierwszy uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten cel, w tym poprzez PFRON, PCPR, MOPR)**</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Czy Wnioskodawca/podopieczny posiada ważną (aktualną) Kartę Dużej Rodziny - należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2017 r. poz. 1832, z późn. zm.) lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce, bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem; (należy okazać oryginał)</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak</p> <p><input type="checkbox"/> - nie</p>

** Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Suwałki dn.2019 r.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE (wypełnia Realizator programu)

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) sprawa objęta wnioskiem nie dotyczy mnie osobiście, mego małżonka, wstępnego lub zstępnego rodzeństwa, powinowatych w tej samej linii albo stopniu, osoby pozostającej w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

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

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Dane zawarte we wniosku są kompletne i poprawne; wniosek oraz złożone załączniki są ze sobą zgodne	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	We wniosku i załącznikach wypełniono wszystkie wymagane rubryki	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy (zgodność reprezentacji Wnioskodawcy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:	2019 r.	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
We wniosku występują uchybienia kwalifikujące się do wezwania do ich usunięcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data pisma wzywającego do usunięcia uchybień	 r.	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie:		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

.....
data i podpis

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

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej2019 r.

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU - dotyczy Modułu I					
KRYTERIA OCENY WNIOSKU – punktacja stała			Liczba punktów	Maks. liczba punktów	Punktacja wniosku
1.	Kryteria preferencyjne:				
a)	osoba zatrudniona (zgodnie z ust. 31 pkt 44 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 r.)		40	40	
b)	osoba, która w 2018 lub 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (zgodnie z ust. 31 pkt 24 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” w 2019 r.)		10	10	
2.	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne:				
a)	stopień niepełnosprawności (jeden do wyboru)	znaczny (I grupa inwalidzka)	7	7	
		umiarkowany (II grupa inwalidzka) lekki (III grupa inwalidzka)	4		
b)	orzeczenie o niepełnosprawności (dot. osób do 16-go roku życia)		7		
3.	Zakres niepełnosprawności:				
a)	osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim		6	18	
b)	osoba po amputacji kończyny/kończyn				
c)	osoba niewidoma/ osoba głuchoniewidoma				
d)	osoba z dysfunkcją narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności				
e)	osoba z dysfunkcją narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia umiarkowanym stopniu niepełnosprawności		3		
f)	osoba z inną niepełnosprawnością sprzężoną (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		6		
g)	osoba z dysfunkcją narządu wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności				
h)	osoba z dysfunkcją narządu wzroku stanowiącą powód wydania orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności				
i)	wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego				
j)	osoba z dysfunkcją narządu ruchu (05-R)lub (10-N) i (12-C) potwierdzone zaświadczeniem lekarza specjalisty, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu		6		
4.	Aktywność zawodowa:				
a)	osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna		4	4	
b)	osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu				
5.	Aktualny etap kształcenia:				
a)	osoba studiująca		5	5	
b)	osoba ucząca się w szkole podstawowej/ osoba ucząca się w szkole gimnazjalnej/osoba ucząca się w szkole ponadgimnazjalnej				
c)	osoba uczęszczająca do przedszkola				
6.	Inne Kryteria:				
a)	Wnioskodawca/podopieczny, ani na jego rzecz inna osoba, nie otrzymała dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		8	16	
b)	Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe lub samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu				
c)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy				
d)	Wnioskodawca/podopieczny posiada ważną (aktualną) Kartę Dużej Rodziny				
e)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy/podopiecznego				
RAZEM OCENA WNIOSKU			Maksymalnie 100		
Minimalny próg punktowy dla celów bieżącego udzielania dofinansowania: 7 pkt					

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

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

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON	
pozytywna: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....	
negatywna: <input type="checkbox"/> w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....	
<u>Deklaracja bezstronności</u>	
<u>Oświadczam, że:</u>	
1) sprawa objęta wnioskiem nie dotyczy mnie osobiście, mego małżonka, wstępnego lub zstępnego rodzeństwa, powinowatych w tej samej linii albo stopniu, osoby pozostającej w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku, 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.	
<u>Zobowiązuję się do:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, - spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi zasadami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, - niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, - zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4. 	

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 zł Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A - Zadanie nr 3 zł Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy zł Koszty usług tłumacza języka migowego zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C– Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 zł koszty dojazdu beneficjenta programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 zł koszty dojazdu beneficjenta programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D zł	

W przypadku wniosku w ramach Modułu II

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

Suwałki, dnia2019 r. podpisy osób podejmujących decyzję
----------------------------	---

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

<i>pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących umowę</i>	<i>pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora program</i>
data, podpis:.....	data, podpis:.....

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych bezpośrednio od osoby (RODO)(właściwe zaznaczyć przez zakreślenie pola)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1, 4/5/2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie** z siedzibą w **Suwalkach** przy **ul. Filipowska 20** tel.: **87/562 89 70**, adres e-mail: biuro@mopr.suwalki.pl;
2. administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych – kontakt: adres e-mail - iod@mopr.suwalki.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w celu realizacji wniosków dotyczących:
 - uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych,
 - sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych
 - zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów
 - likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych
 - usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika
 - oraz realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
4. przekazywane dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, z wyjątkiem PFRON oraz innych przypadków przewidzianych przez prawo;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących archiwizacji;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody*), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia złożonego wniosku. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, w przypadku niepodania danych nie będzie możliwe rozpatrzenie złożonego wniosku.

.....2019 r.
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy