

Wniosek złożono w .....  
w dniu .....

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „O” – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego) o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

<del>Obszar A – Zadanie nr 1</del>	<del>Obszar B – Zadanie nr 1</del>
<del>pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu</del>	<del>pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania</del>
Obszar B – Zadanie nr 2	<del>Obszar C – Zadanie nr 1</del>
dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<del>pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym</del>
Obszar C – Zadanie nr 2	
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	

### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka                      opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez.....

PESEL

Płeć:      kobieta      mężczyzna

Stan cywilny:    wolna/y      zamężna/zonaty

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców      inne miasto      wieś

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

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

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

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

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”**

<b>DANE PERSONALNE</b>		<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)</b> (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)	
Imię .....		Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	
Nazwisko .....		(pocztą)	
Data urodzenia:..... r.		Miejscowość .....	
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"/>		Ulica .....	
Pełnoletni:      tak                      nie		Nr domu ..... Nr lok. ....	
Płeć:              kobieta                      mężczyzna		Powiat .....	
		Województwo .....	
		miasto do 5 tys. mieszkańców      inne miasto                      wieś	

**STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	znaczny stopień	I grupa inwalidzka
całkowita niezdolność do pracy	umiarkowany stopień	II grupa inwalidzka
częściowa niezdolność do pracy	lekki stopień	III grupa inwalidzka
orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:      okresowo do dnia: .....                      bezterminowo		

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

<b>NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:</b>	obu kończyn górnych	jednej kończyny górnej
	obu kończyn dolnych	jednej kończyny dolnej
		innym
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:		
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:		
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:		

<b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<b>Lewe oko:</b>	<b>Prawe oko:</b>
<b>osoba niewidoma</b>	Ostrość wzoru (w korekcji):.....	Ostrość wzoru (w korekcji):.....
<b>osoba głuchoniewidoma</b>	Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

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

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

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
ŻŁOBEK	PRZEDSZKOLE	SZKOŁA PODSTAWOWA
GIMNAZJUM	TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	STUDIA
INNA, jaka .....		nie dotyczy
NAZWA I ADRES PLACÓWKI		
Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....		
Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....		
Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....		
Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali: - (od 1 do 6) - innej, jakiej:.....		
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): .....		
.....		
.....		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)		
niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y      poszukująca/y pracy      nie dotyczy		
zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....		Nazwa pracodawcy: .....
na czas nieokreślony      inny, jaki: .....		.....
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		Adres miejsca pracy: .....
stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		.....
umowa cywilnoprawna		.....
staż zawodowy		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
działalność gospodarcza		na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr.....,
Nr NIP: .....		dokonanego w urzędzie: .....
		inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
działalność rolnicza		Miejsce prowadzenia działalności: .....

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	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	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

### 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)	..... ..... ..... ..... .....
2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5) Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)	<b>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt.</b> <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 2 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... .....
7) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

Deklaracja bezstronności

**Oświadczam, że:**

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

**Zobowiązuję się do:**

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

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	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 ( <i>zaznaczyć właściwe</i> ):	UWAGI
1	Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszarów: B4 i D)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../ ...../ 20.... r.

<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>	<b>pozytywna</b>	<b>negatywna</b>
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

*pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

*data, podpis:*

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

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

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

## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: ..... - dotyczy Modułu I

I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
<b>1</b>	<b>Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:</b>				
	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome	10	<b>20</b>		
a)	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące	5			
b)	podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą <b>znacznym</b> stopień niepełnosprawności	5			
c)	niepełnosprawność podopiecznego jest <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b	5			
<b>2</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>				
a)	podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej	<b>55</b>	<b>70</b>		
b)	podopieczny pobiera naukę w gimnazjum	50			
c)	podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej	40			
d)	podopieczny pobiera naukę na poziomie wyższym niż wymieniony w pkt 2a	<b>70</b>			
<b>3</b>	<b>Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny:</b>				
a)	wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców	<b>25</b>	<b>30</b>		
b)	<b>dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2</b> – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca i podopieczny nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)	5			
<b>4</b>	<b>Inne kryteria:</b>				
a)	osoby realizujące obowiązek szkolny wykazują osiągnięcia w nauce i wychowaniu (średnia ocen powyżej 4,00 lub udział w konkursach albo w olimpiadach szkolnych, wyróżnienia, wolontariat)	<b>30</b>	<b>60</b>		
b)	Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	1			
c)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu	1			
d)	dotychczasowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy ( <b>jeden przypadek do wyboru</b> )	1			
	– w przypadku jednej osoby	1			
	– w przypadku więcej niż jedna osoba	5			
e)	szczególne <b>utrudnienia</b> Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku)	2			
f)	<b>Uzasadnienie</b> wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia; lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo	<b>20</b>			
g)	<b>dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1</b> - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu <b>skuter</b>	- 20			
h)	wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia	1			
g)	<b>UWAGA: dotyczy wyłącznie Modułu I (środki inwestycyjne) Obszaru C Zadanie nr 3</b> – gdy wniosek dotyczy tego obszaru traktowany jest preferencyjnie, zgodnie z pkt. 20 „Kierunków działań...”.	/90/	<b>/90/</b>		
<b>II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)</b>		<b>Maks. 180 – dla środków bieżących</b> <b>Maks. 270 – dla środków inwest.</b>			
<b>III. Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi: .....</b>					

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../...../20.....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
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	.....	.....	pozytywna: ..... negatywna: .....
data i czytelny podpis eksperta			

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... r.

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

pozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

Deklaracja bezstronności**Oświadczam, że:**

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

**Zobowiązuję się do:**

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

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

—Obszar A—Zadanie nr 1	—Obszar B—Zadanie nr 1	Obszar B – Zadanie nr 2
..... zł	..... zł	..... zł
—Obszar C—Zadanie nr 1	Obszar C – Zadanie nr 2	
..... zł	..... zł	

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

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

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

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

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: