

Data wpływu:
Nr wniosku SOW:
RON.704. 2022.MLŁ

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:.....
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ Nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

☐ nie korzystałem
☐ korzystałem

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Wartość
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta:	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Budynek:	☐ dom jednorodzinny, ☐ wielorodzinny prywatny, ☐ wielorodzinny komunalny, ☐ wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	☐ budynek parterowy, ☐ piętrowy, ☐ mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	Liczba pokoi: ☐ + kuchnia, ☐ + łazienka, ☐ + wc
Łazienka jest wyposażona w:	☐ wannę, ☐ brodzik, ☐ abinę prysznicową, ☐ umywalkę

W mieszkaniu jest:	☐ instalacja wody zimnej, ☐ ciepłej, ☐ kanalizacja, ☐ centralne ogrzewanie, ☐ prąd, ☐ gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
☐ Bezrobotny poszukujący pracy
☐ Rencista poszukujący pracy
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
☐ Dzieci i młodzież do lat 18
☐ Inne / jakie?

OŚWIADCZENIE

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021 r. poz. 2345) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>
<i>Data wpływu kompletnego wniosku</i>	<i>Podpis pracownika przyjmującego wniosek</i>	

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważne.
2.	Zaświadczenie lekarskie wypełnione w języku polskim.
3.	Oferta cenowa /Faktura Pro-forma/ Kosztorys.

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

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

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

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

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

☐ numeru telefonu ☐ adresu e-mail ☐ zaświadczenia lekarskiego

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

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

.....
Data i czytelny podpis

¹ proszę wstawić X we właściwej rubrykach

*Niepotrzebne skreślić

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

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

2. Potrzeby w zakresie barier *

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

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

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji¹:

- | | |
|--|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu |
| ☐ porażenie czterokończynowe | ☐ dysfunkcja narządu mowy |
| ☐ osoba leżąca | ☐ dysfunkcja narządu wzroku |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ choroba psychiczna |
| ☐ osoba po amputacji kończyn/kończyn dolnych | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ osoba poruszająca się za pomocą kul lub balkonika | ☐ autyzm |
| ☐ inne (jakie?)..... | |

4. Główna przyczyna niepełnosprawności(można zaznaczyć maksymalnie 3 przyczyny*:

- | | |
|--|--|
| ☐ upośledzenie umysłowe | ☐ choroby układu pokarmowego |
| ☐ choroby psychiczne | ☐ choroby układu moczowo-płciowego |
| ☐ zaburzenia głosu mowy i choroby słuchu | ☐ choroby neurologiczne |
| ☐ choroby narządu wzroku | ☐ całościowe zaburzenia rozwojowe |
| ☐ upośledzenie narządu ruchu | ☐ epilepsja |
| ☐ choroby układu oddechowego i krążeniowego | ☐ inne, w tym schorzenia endokrynologiczne,
metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, |

Opis schorzenia:

.....
miejscowość data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* proszę wstawić X we właściwej rubrykach

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

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data, pieczęć 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	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważne	☐ - tak ☐ - nie	
2	Do wniosku dołączono zaświadczenie lekarskie wypełnione w języku polskim	☐ - tak ☐ - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z indywidualnymi potrzebami	☐ - tak ☐ - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	☐ - tak ☐ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	☐ - tak ☐ - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	☐ - tak ☐ - nie	
8	Umowa lokalu mieszkalnego/akt notarialny(dotyczy barier architektonicznych)	☐ - tak ☐ - nie	
9	Dokumentacja fotograficzna wymagana w przypadku barier architektonicznych	☐ - tak ☐ - nie	
10	Szkic, projekt, kosztorys wykonany przez osobą posiadającą odpowiednie uprawnienia (dokumenty należy dołączyć w przypadku zakwalifikowania wniosku w ramach barier architektonicznych do II etapu)	☐ - tak ☐ - nie	
11	Oferta cenowa/kosztorys (dotyczy barier w komunikowaniu się i technicznych)	☐ - tak ☐ - nie	

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

Weryfikacja formalna wniosku:

☐ **pozytywna**

☐ **negatywna**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:

☐ - tak ☐ - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

☐ - tak ☐ - nie

pieczęć i podpis pracownika jednostki organizacyjnej dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczęć i podpis dyrektora jednostki organizacyjnej

data, podpis:

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

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr:

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

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

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐ w ramach likwidacji barier.....

negatywna: ☐ w ramach likwidacji barier.....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

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

Zobowiązuję się do:

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

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

☐ bariery architektoniczne	☐ bariery techniczne	☐ bariery w komunikowaniu się
..... zł	 zł	 zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

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

data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

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

*pieczętki imienne pracowników
przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna dyrektora właściwej jednostki
organizacyjnej*

data, podpis: