

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Wypełnia PCPR w Łomży

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 )

<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie 1</b> pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu ruchu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie 1</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie 2</b> dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie 4</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie 5</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie 2</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie 5</b> pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego	

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

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka/podopiecznego	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r. przez.....	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b> Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta) Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat ..... <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (poczta) Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu ..... Nr lok. ....
Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....	
e-mail (o ile dotyczy): .....	
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - PCPR Łomża <input type="checkbox"/> - OPS <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne

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

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL          Pełnoletni:  tak  niePłeć:  kobieta  mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

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 życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** **NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:**  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innymPodopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:  **NARZĄD WZROKU 04-O**

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

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

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI		
<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> STUDIA
<input type="checkbox"/> INNA, jaka .....		<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> - (od 1 do 6) <input type="checkbox"/> - innej, jakiej: .....		
Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): .....		
.....		
.....		
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....	Nazwa pracodawcy: .....	
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	.....	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	Adres miejsca pracy: .....	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	.....	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna	.....	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....	
	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....	

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy podopieczny posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy podopieczny posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR w Łomży:	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 podopieczny 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/Podopiecznego
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 podopieczny 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 podopiecznego 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 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 ..... .....
6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: ..... – WYPEŁNIA PCPR W ŁOMŻY STRONA 7**

**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 (zaznaczyć właściwe):	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 (o ile dotyczy)	<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:		..... / ..... / 2019 r.	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b> <input type="checkbox"/> <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 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łomży dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

*pieczętka imienna dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łomży*

data, podpis:

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ..... / ..... / 2019 r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ..... / ..... / 2019 r. (o ile dotyczy)**

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

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

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
<b>1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>					
a)	stopień niepełnosprawności	znaczący (I grupa inwalidzka)	10	30	
	(jeden stopień do wyboru)	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		10		
	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		
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		5		
d)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		5		
<b>2 Aktywność zawodowa:</b>					
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		10	10	
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		10		
<b>3 Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>					
a)	osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewod doktorski)		20	20	
b)	osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)		20		
c)	osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		20		
d)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej		20		
<b>4 Miejsce zamieszkania:</b>					
a)	wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	10	
b)	dotyczy wyłącznie Obszaru C, Zadanie nr 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		5		
<b>5 Inne kryteria:</b>					
a)	Wnioskodawca <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		5	30	
b)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru)	– w przypadku jednej osoby	5		
		– w przypadku więcej niż jedna osoba	10		
c)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.6 wniosku)		5		
d)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia		5		
e)	wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia		5		
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 - 5)</b>			<b>maksymalnie 100 punktów</b>	.....	.....
<b>DODATKOWE PUNKTY WYNIKAJĄCE Z PREFERENCJI PFRON PRZYSŁUGUJĄCYCH WNIOSKODAWCOM W 2019 ROKU (jeżeli wniosek dotyczy osoby zatrudnionej lub osoby poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych)</b>			<b>osoba zatrudniona – 40 zdarzenia losowe – 10</b>	.....	.....
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 40</b>					

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ..... / ..... / 2019 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: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>  data i czytelny podpis eksperta

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ..... /..... / 2019 r.

STRONA 9

## 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):

<input type="checkbox"/> Moduł I, Obszar A – Zadanie 1	<input type="checkbox"/> Moduł I, Obszar B – Zadanie 1
..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I, Obszar B – Zadanie 2	<input type="checkbox"/> Moduł I, Obszar B – Zadanie 4
..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I, Obszar B – Zadanie 5	<input type="checkbox"/> Moduł I, Obszar C – Zadanie nr 2
..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Moduł I, Obszar C – Zadanie 5	
..... zł	

### UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

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

*pieczętki imienne pracowników Powiatowego  
Centrum Pomocy Rodzinie w Łomży  
przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętki imienne dyrektora Powiatowego  
Centrum Pomocy Rodzinie w Łomży*

data, podpis: