| Wniosek złożono w PCPR w Skarżysku-Kamiennej w dniu | Nr sprawy: |
|---|---|

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

*Wypełnia Realizator programu: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Skarżysku-Kamiennej, Plac Floriański 1, Tel. 041 25 21 953 wew. 41,42*

*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 ☐)

| | |
|---|---|
| ☐ **Obszar A – Zadanie nr 1** | ☐ **Obszar B – Zadanie nr 1,4** |
| pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania |
| ☐ **Obszar B – Zadanie nr 2** | ☐ **Obszar B – Zadanie nr 5** |
| dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego |
| ☐ **Obszar C – Zadanie nr 1** | ☐ **Obszar C – Zadanie nr 2** |
| pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |
| ☐ **Obszar C – Zadanie nr 5** | |
| 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**

☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

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

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

**PESEL** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

**Wnioskodawca jest osobą:** **Stan cywilny**: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

☐ samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu

☐ wychowującą i utrzymującą dziecko/podopiecznego wspólnie z drugim opiekunem / rodzicem

**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"

### DANE PERSONALNE

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:..... r.

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Pełnoletni: ☐ tak ☐ nie

Płeć: ☐ 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 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** ☐ **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:** ☐

| | | |
|---|---|---|
| ☐ **NARZĄD WZROKU 04-O**<br>☐ **osoba niewidoma**<br>☐ **osoba głuchoniema** | **Lewe oko:**<br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | **Prawe oko:**<br>Ostrość wzoru (w korekcji):.....<br>Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |

☐ **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 |
| ☐ 02-**P** choroby psychiczne | ☐ 06-**E** epilepsja | ☐ 08-**T** choroby układu pokarmowego | ☐ 10-**N** choroby neurologiczne | ☐ 12-**C** całościowe zaburzenia rozwojowe |

***Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.poik.pcprskarzysko.pl/***

.

## 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:** .....

ośrodek szkolno-wychowawczy: **tak** ☐ **nie** ☐ | internat: **tak** ☐ **nie** ☐

Nauka prowadzi do: ☐ zdania matury ☐ uzyskania średniego wykształcenia ☐ uzyskania zawodu

**Czy podopieczny będzie kontynuował naukę/edukację na poziomie wyższym od dotychczasowego?** **tak** ☐ **nie** ☐

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (*o ile dotyczy*)

☐ **niezatrudniona/y: od dnia:**..... ☐ **bezrobotna/y** ☐ **poszukująca/y pracy** ☐ **nie dotyczy**

☐ **zatrudniona/y:**

**od dnia:**..... **do dnia:** .....

☐ **na czas nieokreślony** ☐ **inny, jaki:** .....

☐ **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę**

☐ **stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę**

☐ **umowa cywilnoprawna**

☐ **staż zawodowy**

**Nazwa pracodawcy**: .....
.....
.....

**Adres miejsca pracy**: .....
.....
.....
.....

**Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:** .....

☐ **działalność gospodarcza**

**Nr NIP:** .....

☐ **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**....., **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 ☐ nie ☐

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak ☐ nie ☐

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:** .....
.....

**Uwaga!** za „*wymagalne zobowiązanie*" należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

.

| Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 5 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? | **tak** ☐ **nie** ☐ |
|---|---|

| **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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| .....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>..... |
| | | | | **Razem uzyskane dofinansowanie**: | | |

## 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. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową/nauką podopiecznego.

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|---|---|
| **1) Uzasadnienie wniosku** (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu) | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| **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**. | ☐ - tak ☐ - nie |
| **3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana** (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)? | ☐ - tak ☐ - nie |
| **4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne** (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? | ☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie |
| **5) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?**<br>np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. | ☐ - tak ☐ - nie<br>.....<br>..... |
| **6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?** | ☐ - tak ☐ - nie |

.

## CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: ..... – WYPEŁNIA REALIZATOR



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, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy) | Data, pieczątki i podpisy pracowników 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 | ☐ - tak ☐ - nie | |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | ☐ - tak ☐ - nie | |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | ☐ - tak ☐ - nie | |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (nie dotyczy obszarów: B4 i D) | ☐ - 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 zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych) | ☐ - 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 | |

| *pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku* | *pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu* |
|---|---|
| *data, podpis:* | *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 |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:** | | | | |
| a) | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | 10 | **25** | | |
| b) | podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą **znaczny** stopień niepełnosprawności | 10 | | | |
| c) | niepełnosprawność podopiecznego jest **sprzężona** (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b | 5 | | | |
| **2** | **Aktualnie realizowany etap kształcenia:** | | | | |
| a) | podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej | 10 | **15** | | |
| b) | podopieczny pobiera naukę w gimnazjum | 5 | | | |
| **3** | **Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny:** | | | | |
| a) | wieś i miasto do 5 tys. mieszkańców | 10 | **10** | | |
| **4** | **Inne kryteria:** | | | | |
| a) | Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | 10 | **50** | | |
| b) | Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu | 10 | | | |
| d) | Uzasadnienie 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 | 5 | | | |
| e) | wniosek był kompletny w dniu przyjęcia | 5 | | | |
| f) | Wnioskodawca, w tym podopieczny poszkodowany w wyniku działania żywiołu | 20 | | | |
| | **RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 4)** | **maksymalnie 100** | | | |

**Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 30**

**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** |
|---|---|---|---|
| **Pieczątka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku** | …… | …… | **pozytywna**: ☐ **negatywna**: ☐<br>**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.

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

| ☐ **Obszar A – Zadanie nr 1** | ☐ **Obszar B – Zadanie nr 1,4** |
|---|---|
| ..... zł | ..... zł |
| ☐ **Obszar B – Zadanie nr 2** | ☐ **Obszar B – Zadanie nr 5** |
| ..... zł | ..... zł |
| ☐ **Obszar C – Zadanie nr 1** | ☐ **Obszar C – Zadanie nr 2** |
| ..... zł | ..... zł |
| ☐ **Obszar C – Zadanie nr 5** | |
| ..... 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

| *pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę* | *pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu* |
|---|---|
| *data, podpis:* | *data, podpis:* |

.