



Karta oceny wniosku Realizatora programu „Aktywny samorząd” – Moduł I

Imię i nazwisko wnioskodawcy: .....

**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.

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca/podopieczny wnioskodawcy spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania pomocy	<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 pomocy jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<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), dane we wniosku są poprawne.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy, istnieje zgodność reprezentacji wnioskodawcy lub jego podopiecznego	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

**Weryfikacja formalna wniosku:**

**pozytywna**

**negatywna**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....

- tak  - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

- tak  - nie

**Pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku**

**Pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu**

Data i podpis:.....

Data i podpis:.....

<b>KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr :</b>			
<b>KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała</b>	<b>Liczba punktów</b>	<b>Maksymalna liczba punktów</b>	<b>Punktacja wniosku</b>
<b>1) Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>			
osoby rozpoczynające lub kontynuujące naukę w szkole podstawowej, ponadpodstawowej, policealnej, studia (studia I lub II stopnia, magisterskie, podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)	5	5	
<b>2) Kryteria PFRON:</b>			
a) Osoba uzyskała do wniosku pozytywną opinię eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z ich aktywności (eksperta PFRON w ramach obszaru C Zadania: 1,3-4, a także eksperta w ramach programu pn. „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością” lub eksperta zaangażowanego przez realizatora	10	50	
b) znaczny (I grupa inwalidzka)/ lub orzeczenie o niepełnosprawności do 16 r.ż. z więcej niż jedną przyczyną wydania orzeczenia lub orzeczenie wydane z powodu całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)	10		
c) osoba zatrudniona (w rozumieniu programu)	10		
d) osoba posiada podpis elektroniczny/Profil Zaufany na platformie ePUAP i złożyła wniosek o dofinansowanie w formie elektronicznej w SOW (preferencja dotyczy tylko tych wnioskodawców, którzy z niej skorzystają po raz pierwszy)	10		
e) osoba złożyła wniosek w pierwszym półroczu 2024 roku	5		
f) osoba poszkodowana w 2023 lub 2024 r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (odpowiednio udokumentowane)	5		
<b>3) Kryteria preferowane przez Realizatora:</b>			
g) umiarkowany (II grupa inwalidzka) / orzeczenie o niepełnosprawności do 16 r.ż.	5	45	
h) osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim lub głuchoniewidoma lub niewidoma lub korzystające z usług tłumacza języka migowego	10		
i) uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania wykazujące, że wnioskowany przedmiot pomocy podniesie poziom funkcjonowania w społeczeństwie, jakoś wykonywanej pracy, poziom wykształcenia itp.	5		
j) występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia dot. orzeczeń z ustalonym stopniem niepełnosprawności	5		
k) wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu objętego dofinansowaniem	10		
l) szczególne trudnienia wnioskodawcy	5		
ł) wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	5		
<b>RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 4)</b>			<b>maksymalnie 100</b>
<b>Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania pomocy wynosi: 10. Udzielenie dofinansowania dla wniosków, które uzyskały ocenę poniżej ustalonego minimalnego progu punktowego, uzależnione będzie od możliwości wynikających z ostatecznej puli przekazanych środków PFRON</b>			

**OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU**

	<b>Liczba uzyskanych punktów ogółem</b>	<b>Proponowana kwota pomocy (w złotych)</b>
<b>Data, pieczętki imienne, podpisy pracowników dokonujących oceny merytorycznej wniosku</b>	<b>Liczba uzyskanych punktów ogółem</b>	

**POMOC W RAMACH PROGRAMU AKTYWNY SAMORZĄD**

<b>Modułu I Obszaru A</b>	<b>Zadanie 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 4</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Modułu I Obszaru B</b>	<b>Zadanie 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 4</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 5</b> <input type="checkbox"/>
<b>Modułu I Obszaru C</b>	<b>Zadanie 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 3</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 4</b> <input type="checkbox"/>	<b>Zadanie 5</b> <input type="checkbox"/>
<b>Modułu I Obszaru D</b>	<input type="checkbox"/>				

**SPOSÓB ROZPATRZENIA W SPRAWIE POMOCY ZE ŚRODKÓW PFRON**

pozytywny:

negatywny:

**Deklaracja bezstronności**

**Oświadczam, że:**

- 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,
- 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,
- 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,
- 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 POMOCY DO WYSOKOŚCI (w zł):**

<b>Moduł I Obszar A:</b>	<b>Zadanie 1</b> .....	zł	<b>Zadanie 2</b> .....	zł
	<b>Zadanie 3</b> .....	zł	<b>Zadanie 4</b> .....	zł
<b>Moduł I Obszar B:</b>	<b>Zadanie 1</b> .....	zł	<b>Zadanie 2</b> .....	zł
	<b>Zadanie 3</b> .....	zł	<b>Zadanie 4</b> .....	zł
	<b>Zadanie 5</b> .....	zł		
<b>Moduł I Obszar C:</b>	<b>Zadanie 1</b> .....	zł	<b>Zadanie 2</b> .....	zł
	<b>Zadanie 3</b> .....	zł	<b>Zadanie 4</b> .....	zł
	<b>Zadanie 5</b> .....	zł		
<b>Moduł I Obszar D:</b>	..... zł			

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

Zgodnie z pismem Realizatora sygnatura pisma:..... dnia.....

.....

data

.....

podpisy osób podejmujących **decyzję odmowną**

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty pomocy ze środków PFRON

**Pieczętki imienne pracowników Realizatora programu  
podejmujących decyzję w sprawie przyznania środków  
/przygotowujących umowę:**

**Pieczętka imienna Kierownika właściwej jednostki  
organizacyjnej Realizatora programu:**

Data i podpis:.....

Data i podpis:.....