Data i miejsce złożenia wniosku:	Nr sprawy:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P”

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I

Obszar B

LIKWIDACJA BARIER W DOSTĘPIE DO UCZESTNICZENIA W SPOŁECZEŃSTWIE INFORMACYJNYM

Zadanie 4

POMOC W ZAKUPIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO LUB JEGO ELEMENTÓW ORAZ OPROGRAMOWANIA

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl

CZĘŚĆ A – wypełnia wnioskodawca

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.

1. Informacje o Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

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

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

przez..... **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały	**ADRES ZAMELDOWANIA** (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)
Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... (poczta)	Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐..... (poczta)
Miejscowość	Miejscowość .....
Ulica	Ulica .....
Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat	Nr domu ..... nr lokalu .....
Województwo	Powiat .....
	Województwo .....

Adres korespondencyjny: (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**)

.....

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

e’mail (*o ile dotyczy*): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - **Realizator programu** ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ 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

☐ **NARZĄD SŁUCHU 03-L** ☐ **osoba głuchoniema**	**Lewe ucho:** Ubytek słuchu (w decybelach):.....	**Prawe ucho:** Ubytek słuchu (w decybelach):.....

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

☐ 01-**U** upośledzenie umysłowe	☐ 03-**L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - **OSOBA GŁUCHA**	☐ 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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ **niezatrudniona/y: od dnia:**..... ☐ **bezrobotna/y (zarejestrowany w Urzędzie Pracy)**

☐ **poszukująca/y pracy (zarejestrowany w Urzędzie Pracy)** ☐ **nie dotyczy**

☐ **zatrudniona/y: od dnia:**..... **do dnia:** ..... ☐ **na czas nieokreślony** ☐ **inny, jaki: .....**	**Nazwa pracodawcy**: .... **Adres miejsca pracy**: .....
☐ **stosunek pracy na podstawie umowy o pracę** ☐ **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** **Nr NIP:**	☐ **na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr**....., **dokonanego w urzędzie:** ..... ☐ **inna, jaka i na jakiej podstawie:**.....
☐ **działalność rolnicza**	**Miejsce prowadzenia działalności**: .....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe	☐ inne, jakie:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ INNA, jaka:
☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	☐ STUDIA PODYPLOMOWE	☐ STUDIA DOKTORANCKIE
☐ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		☐ **NIE DOTYCZY**

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły ..... **klasa/rok** ..... **Kod pocztowy** .....

Miejscowość ..... **ulica** ..... **Nr domu** .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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)
……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……
				Razem uzyskane dofinansowanie:		

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

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, umieszczonego w tabeli nr 7 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 wskazać jak wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia, w tym jeśli dotyczy - należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)	.... …. ..... ……..... ……..... ……..
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)?	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (tzn. 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 aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem) ?	☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać): ....
6) Czy gospodarstwo domowe ucierpiało w skutek klęski żywiołowej bądź zdarzenia losowego? W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę określić jakiego.	☐ - tak ☐ - nie ....

7) Czy występują szczególne utrudnienia? W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę określić jakie.	☐ - tak ☐ - nie ....

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar B

Zadanie nr 1 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny/jego elementy/oprogramowanie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku	**ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)***
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	

5. Informacje uzupełniające

☐ POSIADAM NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .....

.....

☐ NIE POSIADAM SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA: ☐ **NIE** ☐ **TAK** w ..... roku w ramach .....

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	**Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)**	**Kwota wnioskowana (w zł)**
Sprzęt elektroniczny		
Elementy sprzętu elektronicznego		
Oprogramowanie:		

ŁĄCZNIE		

Oświadczam, że:

1. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.mops.rsl.pl
3. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania : ☐ tak - ☐ nie,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 10% ceny brutto),
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. w ciągu ostatnich 5 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej
7. z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy, przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

Ruda Śl., dnia ...../ ...../ 20…. r. .....

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - *oryginał do wglądu*	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1do formularza wniosku)*	☐	☐	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)*	☐	☐	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5.	Potwierdzenie specyfikacja dot. zakupu planowanego sprzętu	☐	☐	
6.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności pozostałych członków rodziny – *oryginał do wglądu*	☐	☐	
7.	Udokumentowanie faktu poniesienia szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	☐	☐	

	Inne załączniki (należy wymienić):			
8.	Udokumentowanie występujących szczególnych utrudnień	☐	☐	
9.		☐	☐	
10.				
11.				

CZĘŚĆ B – wypełnia realizator programu

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 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	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	☐ - 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	Wniosek kompletny w chwili przyjęcia	☐ - tak ☐ - nie	
9	Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:	☐ - tak ☐ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../ ...../ 20.... r.	

Weryfikacja formalna wniosku: ☐ **pozytywna** ☐ **negatywna**

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.

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

	KRYTERIA OCENY WNIOSKU (gwiazdką oznaczono kryteria preferencyjne)	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1	**Zakres niepełnosprawności:**				
a)	osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności (I grupa inwalidzka)	10	**15**		
b)	osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (II grupa inwalidzka)	5			
c)	osoba, u której występuje niepełnosprawność sprzężona	5			
2	**Aktywność zawodowa:**				
a)	osoba zatrudniona *	65	**75**		
b)	osoba zatrudniona podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych	10			
c)	osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu, zarejestrowana w urzędzie pracy, deklarująca wejście na rynek pracy lub rozpoczęcie nauki/edukacji na poziomie wyższym	10			
3	**Aktualnie realizowany etap kształcenia:**				
a)	osoba studiująca	15	**15**		
b)	osoba rozpoczynająca lub kontynuująca naukę w szkole policealnej	10			
c)	osoba rozpoczynająca lub kontynuująca naukę w innej, niż policealna, szkole ponadgimnazjalnej, prowadzącej do uzyskania zawodu, zdobycia średniego wykształcenia lub zdania matury	5			
4	**Inne kryteria:**				
a)	Wnioskodawca był osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych *	15	**45**		
b)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	5			
c)	Wnioskodawca w ciągu ostatnich 5 lat nie uzyskał żadnej pomocy ze środków PFRON	5			
d)	Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe (samotny rodzic) - nie dotyczy osób przebywających w domach pomocy społecznej	5			
e)	w skład gospodarstwa domowego Wnioskodawcy wchodzą dodatkowe osoby niepełnosprawne	5			
f)	Wnioskodawca udokumentował występowanie szczególnych utrudnień	5			
g)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	5			
	RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 4)	**maksymalnie 150**		.....	.....

Minimalna liczba punktów, umożliwiająca bieżące udzielenie dofinansowania wynosi: 90.

Realizacja wniosków, które nie uzyskały minimalnej liczby punktów uzależniona będzie od możliwości wynikających z ostatecznej puli środków PFRON przekazanych realizatorowi programu

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

w ramach obszaru B zadanie 4 **pozytywna**: ☐ **negatywna**: ☐

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):

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

Ruda Śląska, dnia ……..20….. r. ....

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:*