

Wniosek złożono w PCPR Pleszew
w dniu

Nr sprawy:
.....



Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu 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 ☐)

☐ Moduł I		☐ Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym
☐ Obszar A – Zadanie nr 1 Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	☐ Obszar A – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B	
☐ Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	☐ Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	
☐ Obszar C – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	☐ Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
☐ Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	☐ Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
☐ Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej		

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE	
Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.	
przez.....ważny do dnia..... Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna	
PESEL	Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały Kod pocztowy - (pocztą) 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 - (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lokalu Powiat 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 ☐ - Realizator programu ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr-pleszew.info

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 RUCHU 05-R**, w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej
☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej ☐ innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ NARZĄD WZROKU 04-O | Lewe oko: | Prawe oko: |
| ☐ osoba niewidoma | Ostrość wzoru (w korekcji):..... | Ostrość wzoru (w korekcji):..... |
| ☐ osoba głuchoniewidoma | Zwężenie pola widzenia: stopni | 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
☐ - OSOBA GŁUCHA | ☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia | ☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego | ☐ 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 ☐ poszukująca/y pracy ☐ nie dotyczy

- | | |
|---|---|
| ☐ zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: | Nazwa pracodawcy: |
| ☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki: | Adres miejsca pracy: |
| ☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |
| ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | |
| ☐ umowa cywilnoprawna | |
| ☐ staż zawodowy | |

☐ **działalność gospodarcza** ☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr, dokonanego w urzędzie:

Nr NIP:

☐ 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 – dotyczy Modułu I

☐ 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 3 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 – dot. tylko Modułu I

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 (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, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca 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)?	☐ - 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 Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)	Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 20 pkt. ☐ - tak ☐ - nie
7) 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 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	☐ - tak ☐ - nie

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU 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 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 (dotyczy zadań, które przewidują 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	

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

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki
organizacyjnej Realizatora programu

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

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	30	
		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 sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c		5		
2	Aktywność zawodowa:				
a)	osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		15	25	
b)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia)		10		
3	Aktualnie realizowany etap kształcenia:				
a)	osoby kontynuujące studia (poddyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)		70	70	
b)	osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)		65		
c)	osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		60		
d)	osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej		55		
4	Miejsce zamieszkania:				
a)	wieś/miasto do 5 tys. mieszkańców		5	10	
b)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 i 2 – w budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)		5		
5	Inne kryteria:				
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		5	45	
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)	szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.8 wniosku)		5		
f)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia		20		
g)	dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1 - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter		- 20		
h)	wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		5		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)			maksymalnie 180		
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi:					

Data przekazania wniosku do opinii eksperta// 20..... r. (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

Pieczątką imienną, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
			pozytywna: ☐ negatywna: ☐ data i czytelny podpis eksperta

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐ w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna: ☐ w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

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 DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

☐ Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1	☐ Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2	☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1
..... zł	 zł	 zł
☐ Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2	☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1	☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2
..... zł	 zł	 zł
☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3	☐ Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4	☐ Moduł I Obszar D
..... zł	 zł	 zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2

Koszty kursu i egzaminów:	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy:
..... zł	 zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:
..... zł	 zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu II

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:	Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:
..... 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 Realizatora
programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej
jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis: