Wniosek złożono w Piotrkowie Trybunalskim w dniu ..... 2018 r.	Nr sprawy: .....

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

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.

Moduł I Obszar A - Zadanie Nr 2

Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B

1. Informacje Wnioskodawcy - *należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE

Imię ..... **Nazwisko** ..... **Nazwisko rodowe** .....

Data urodzenia ..... r. **Dowód osobisty** seria ..... numer ..... wydany w dniu

..... r. przez .....

data ważności : ..... **Płeć** : ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Stan cywilny** : ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

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 lokalu	Nr domu ..... nr lokalu .....
Powiat	Powiat .....
Województwo ..... ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś	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 :

* **Miejsce zamieszkania – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe, o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu, można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.**

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

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY 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 ☐ **nie dotyczy**

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego : ☐

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie : ręcznym ☐ **elektrycznym** ☐

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego o napędzie : ręcznym ☐ **elektrycznym** ☐

☐ **NARZĄD WZROKU 04-O** ☐ **osoba niewidoma** ☐ **osoba głuchoniewidoma** ☐ **nie dotyczy**	**Lewe oko :** Ostrość wzoru (w korekcji) : ..... Zwężenie pola widzenia : ..... stopni	**Prawe oko :** Ostrość wzoru (w korekcji) : ..... Zwężenie pola widzenia : ..... stopni

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

☐ 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

☐ **niezatrudniony/a : od dnia :** ..... ☐ **zarejestrowany/a jako :** ☐ **bezrobotny/a**

☐ **poszukujący/a pracy i nie pozostający/a w zatrudnieniu, w okresie :** ☐ **do 1 miesiąca** ☐ **1 - 3 miesięcy** ☐ **4 - 6 miesięcy**

☐ **7 - 12 miesięcy** ☐ **13 - 18 miesięcy** ☐ **19 - 24 miesięcy** ☐ **powyżej 24 miesięcy** ☐ **nie dotyczy**

☐ **zatrudniony/a : od dnia :** ..... **do dnia :** .....

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

☐ **nie dotyczy**

☐ 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 :

.....

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 okresie od 01.01.2015 r. do dnia złożenia wniosku 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 : .....

.....

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 wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu. Ponadto należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, zobowiązany jest wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.	....
2) Czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia.	☐ - nie ☐ - tak (proszę opisać) : ....
3) 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
4) 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 MOPR lub PCPR)?	☐ - tak ☐ - nie
5) 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
6) 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) : ....

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
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 dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska dodatkowych punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	☐ - nie ☐ - tak(proszę opisać) .....
8) Czy Wnioskodawca jest osobą niepełnosprawną poszkodowaną w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych.	☐ - nie ☐ - tak(proszę opisać) .....

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

Planowany termin kursu : ....., nazwa i adres ośrodka :

.....

.....

.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca : ☐ NIE ☐ TAK

Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu : .....

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, *np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa),dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:*

.....

.....

.....

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy :	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
oraz o ile dotyczy *(tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)*		

Koszty uzyskania prawa jazdy :	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu		
Razem :		

6. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA

PRAWA JAZDY : ☐ **NIE** ☐ **TAK w** ..... **roku w ramach** .....

.....

a także w ..... **roku w ramach** .....

.....

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)*

nazwa banku .....

numer rachunku bankowego .....

Oświadczam, że :

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piotrkowie Trybunalskim oraz nie będę w danym roku ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
2. 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,
3. 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 : **www.mopr.piotrkow.pl**
4. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego **co najmniej 25%** kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B,
5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałem(am) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B : ☐ tak - ☐ nie,
6. 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,
7. 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie : ☐ tak - ☐ nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
10. zobowiązuję zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.

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.

Piotrków Trybunalski, dnia ..... 2018 r. .....
czytelny podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 9 - 12)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności bądź orzeczenia równoważnego (oryginał orzeczenia do wglądu)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)*	☐	☐	
3.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydane przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami : zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	☐	☐	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu - tylko w przypadku Wnioskodawcy z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dotyczącego niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia : 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia : 12-C)	☐	☐	
5.	Klauzula o przetwarzaniu danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie - wypełniona przez Wnioskodawcę oraz inne osoby, posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
6.	Oferta cenowa dotycząca ogólnego kosztu uzyskania prawa jazdy kategorii B	☐	☐	
7.	W przypadku zatrudnienia - zaświadczenie o zatrudnieniu wystawione przez pracodawcę	☐	☐	
8.	W przypadku osoby uczącej się - zaświadczenie ze szkoły o pobieraniu nauki	☐	☐	
9.		☐	☐	
10.		☐	☐	
11.		☐	☐	
12.		☐	☐	

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE NR : ..... **- 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 pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczątki 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 :		..... 2018 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 ..... **2018 r.**

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ..... **2018 r.** (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie	