



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

**Wypełnia Realizator!**

Wniosek nr .....

Data wpływu :

## Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar C – Zadanie 2

**Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.**

(Wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu. 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.)

<b>Dane osobowe wnioskodawcy</b> <i>(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)</i>													
Imię i nazwisko													
Data urodzenia oraz numer PESEL													
Dowód osobisty	Seria ..... Numer: ..... wydany przez:..... ..... w dniu:..... ważny do:.....												
Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>						Stan cywilny: wolny <input type="checkbox"/> zamężna/żonaty <input type="checkbox"/>							
Nr telefonu::						Adres email:							
<b>Miejsce zamieszkania</b>													
Ulica								Nr domu		Nr lokalu			
Miejscowość								Kod pocztowy					
Województwo								Powiat					
<b>Dane osobowe podopiecznego</b>													
Imię i nazwisko						Pokrewieństwo:							
Data urodzenia oraz PESEL													
Miejsce zamieszkania						płeć		K		M			
Ulica						Nr domu		Nr lokalu					
Miejscowość						Kod pocztowy							
Województwo						Powiat							

### Dochód gospodarstwa domowego

Gospodarstwo domowe:  samodzielne  wspólne  osoba samotnie wychowująca osobę zależną

Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił: ..... zł (zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku).

**Osoba zatrudniona**

**Nie dotyczy**

Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

Umowa cywilnoprawna

Staż zawodowy

Działalność gospodarcza

Inny, jaki:.....

na czas określony od dnia..... do dnia.....

na czas nieokreślony

Nazwa pracodawcy  
i adres miejsca pracy:

### Poziom wykształcenia

podstawowe  gimnazjalne  zawodowe  średnie  wyższe  inne

**Rejestracja w Urzędzie Pracy**

**Nie dotyczy**

Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach .....)

Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach .....)

### Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji  znaczny  I grupa

całkowita niezdolność do pracy  umiarkowany  II grupa

częściowa niezdolność do pracy  lekki  III grupa

orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż

### Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z MZON lub PZON)

**01-U** upośledzenie umysłowe  **04-O** narząd wzroku  **07-S** układ oddechowy/krążenia  **10-N** choroby neurologiczne

**02-P** choroby psychiczne  **05-R** narząd ruchu  **08-T** układ pokarmowy  **11-I** inne

**03-L** narząd słuchu/zaburzenia mowy  **06-E** epilepsja  **09-M** układ moczowo - pęciowy  **12-C** zaburzenia rozwojowe

Dysfunkcja obu kończyn górnych

Dysfunkcja obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja jednej kończyny górnej	<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/>
Inne przyczyny	<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie	<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej)	<input type="checkbox"/>

<b>Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</b> <small>informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie</small>	<b>Nie dotyczy</b> <input type="checkbox"/>
--	--

Przedmiot dofinansowania – co zostało zakupione ze środków PFRON	Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia	Numer i data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania	Termin rozliczenia

<b>Łącznie</b>	

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



Wnioskodawca/podopieczny\* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

TAK (model, rok produkcji):  NIE

Posiadany wózek był naprawiany w roku:.....,

gwarancja na naprawę upłynęła:  NIE  TAK, w dniu: .....r.

Wnioskodawca/podopieczny\* użytkuje skuter

TAK (model, rok produkcji):  NIE

Posiadany skuter był naprawiany w roku:.....,

gwarancja na naprawę upłynęła:  NIE  TAK, w dniu: .....r.

**Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem lub skuterem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**\*niepotrzebne skreślić**

<b>Specyfikacja przedmiotu dofinansowania</b> Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto</b> <i>(kwota w zł)</i>
Zakup części zamiennych, jakich: .....	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne jakie:	
Inne jakie:	
Inne jakie:	
<b>RAZEM</b>	

<b>Wysokość dofinansowania, o które ubiega się wnioskodawca</b>	
Wartość brutto przedmiotu dofinansowania 100%	zł
Wnioskowana wysokość dofinansowania	zł
<b>Słownie</b>	zł
<b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który mają zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nazwa banku:	
.....	

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

- 1) nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku bieżącym o środki finansowe na ten sam cel 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 przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.bip.radziejow.pl](http://www.bip.radziejow.pl),
- 4) 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,
- 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 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  **tak** -  **nie**,
- 7) posiadam środki na udział własny (o ile dotyczy),
- 8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub na rachunek bankowy sprzedawcy przedmiotu zakupu/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT
- 9) Wybór sprzedawcy przedmiotu dofinansowania lub usługodawcy, należy do wnioskodawcy.

**WAŻNE!!!**

- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zmianami), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.
- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.

Radziejów , dn. .... / ..... / 20.....r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

## 5. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)			
		Dołączono do wniosku	Nie dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	Klauzula Informacyjna (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	Oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka – przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić)				
8.	Karty gwarancyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Radziejów , dn. ....../...../20.....r.

.....  
podpis, pieczęć pracownika Realizatora 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, pieczęćka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęćka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczęćka 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	<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 dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<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)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

7.	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
8.	Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
9.	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../...../ 2019 r.	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b>	<input type="checkbox"/> <b>negatywna</b>

*pieczętka imienna pracownika programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../...../ 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../...../ 20.... r. (o ile dotyczy)**

<b>Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie</b>	
---	--

nr:.....- dotyczy MODUŁU I					
Kryteria oceny wniosku- punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku	
<b>1</b>	<b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>				
a)	Stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	Znaczny (I grupa inwalidzka)	10	35	
		Umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
b)	Osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		5		
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jedne nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niewidzące		5		
c)	Osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		5		
d)	Występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)- inne niż wymienione a lit a- c		5		
<b>2</b>	<b>Punkty preferencyjne</b>				
a)	Osoba zatrudniona ( bez względu na formę i okres zatrudnienia)		72	72	
b)	Osoby , które w 2017 lub 2018 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń lisowych		18	18	
<b>3.</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia (punkty preferencyjne)</b>				
a)	Osoby studiujące		10	10	
b)	Osoby uczące się w szkole policealne i średniej		10		
c)	Osoby uczące się w szkole podstawowej i gimnazjum		10		
<b>4.</b>	<b>Miejsce zamieszkania</b>				

a)	Wieś/ miasto do 5 tys. mieszkańców	10	10	
b)	Miasto powyżej 5 tys. mieszkańców	5		
<b>5. Inne kryteria:</b>				
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	5	35	
b)	Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	5		
c)	Szczególne utrudnienia Wnioskodawcy	10		
d)	Wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	5		
e)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów, uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	10		

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania <i>(w złotych)</i>	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	.....	.....	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/>  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.

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

**Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 2**

.....zł

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....2019. r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętki imienne pracowników programu  
przygotowujących/podpisujących umowę*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki  
organizacyjnej Realizatora programu*