

Pieczętka wpływu wniosku

PCPR.511.1.1.M1.....

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK – część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego) 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 )

<input type="checkbox"/> <b>Moduł I</b> – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar A – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania
<input type="checkbox"/> <b>Obszar B – Zadanie nr 2</b> dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 1</b> pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 3</b> pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 4</b> pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	

### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka     opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....Nazwisko..... data urodzenia .....r.

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

przez.....ważny do.....r.

PESEL

Płeć:  kobieta     mężczyzna

Stan cywilny:  wolna/y     zamężna/żonaty

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA** – miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe.

**Uwaga! Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania**

Kod pocztowy ..... (poczta)

Miejscowość .....

ulica ..... Nr domu .....Nr lok. ....

Powiat .....

miasto     wieś

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”)

Kod pocztowy ..... (poczta)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Powiat .....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

**Kontakt telefoniczny:** nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy): .....

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”****DANE PERSONALNE**

Imię .....

Nazwisko .....

Data urodzenia:.....

PESEL           Pełnoletni:  tak  niePłeć:  kobieta  mężczyzna**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)**

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy ..... (poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. ....

Powiat .....

 miasto  wieś**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** 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 o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życiaOrzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO****PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WYNIKAJĄCE Z ORZECZENIA (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):** 01-U upośledzenie umysłowe  02-P choroby psychiczne  03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu 04-O choroby narządu wzroku  05-R upośledzenia narządu ruchu  06-E epilepsja 07-S choroby układu oddechowego i krążenia  08-T choroby układu pokarmowego  10-N choroby neurologiczne 09-M choroby układu moczowo – pęciowego  11-I inne  12-C całościowe zaburzenia rozwojowe**PONADTO:****Dysfunkcja narządu ruchu w zakresie :**  obu kończyn dolnych  obu kończyn górnych  
 jednej kończyny górnej  jednej kończyny dolnej  innym Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego**Dysfunkcja narządu wzroku w zakresie :**  osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma

**OBCENIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI**

<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA	
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> STUDIA
<input type="checkbox"/> INNA, jaka .....		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

**NAZWA I ADRES PLACÓWKI**

Nazwa placówki ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

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

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

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali:  - (od 1 do 6)  - innej, jakiej: .....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat): .....

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)**Zarejestrowany w PUP jako:  osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu osoba bezrobotna**forma zatrudnienia, jaka?** stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę działalność rolnicza umowa cywilnoprawna działalność gospodarcza staż zawodowy zatrudniony na czas:  określony  nieokreślony

od dnia: .....

do dnia: .....

**Nazwa pracodawcy:**

.....

.....

**Adres miejsca pracy:** .....

.....

.....

**Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany****do potwierdzenia zatrudnienia:**

.....

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**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: w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone oraz w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a.

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
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)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							

### 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, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby łącznie z jej oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu. Ponadto Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel zobowiązany jest wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku, gdy na uzasadnienie wniosku jest zbyt mało miejsca, należy w rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr ...”.	..... ..... .....
2. Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3. Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca na rzecz podopiecznego pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowana (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4. Czy w gospodarstwie domowym podopiecznego Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie
5. Czy Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter? (dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o wsparcie w ramach Obszaru C Zadanie nr 1 programu)	<b>Jeśli Wnioskodawca zamierza zakupić wózek inwalidzki o napędzie elektryczny typu skuter, merytoryczna ocena wniosku zostanie obniżona o 10 pkt.</b> <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6. 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, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... .....
7. Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:511.1.1.M1..... – WYPEŁNIA REALIZATOR****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 podpis pracownika oceniającego wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpis eksperta (o ile dotyczy)

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca i podopieczny 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 (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	<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 zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		...../...../ 20..... r.	
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>		<input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b> <input type="checkbox"/> <b>negatywna</b>	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data, pieczętka i podpis pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku
---

Data, pieczętka i podpis Dyrektora PCPR w Nowym Mieście Lubawskim
---

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

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

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: 511.1.1.M1.....				
I.	KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała	Liczba punktów	Maksymal na liczba punktów	Punktacja wniosku
<b>1</b>	<b>Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy:</b>			
a)	stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności	znacznego (I grupa inwalidzka) , osoby do 16. roku życia umiarkowany (II grupa inwalidzka)	6 3	15
b)	osoba z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub osoba niewidoma lub osoba głucha		3	
	osoba z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcja obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych lub dolnych, osoby niedowidzące		2	
c)	Osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		5	
c)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)		1	
<b>2</b>	<b>Aktywność zawodowa:</b>			
a)	zatrudnienie		10	10
b)	rejestracja w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna		2	
c)	Rejestracja w urzędzie pracy osoba poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu		5	
<b>3</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>			
a)	osoba rozpoczynająca lub kontynuująca naukę w szkole podstawowej lub gimnazjum		10	30
b)	osoba rozpoczynająca lub kontynuująca naukę w szkole ponadgimnazjalnej		7	
c)	osoba rozpoczynająca studia lub kontynuująca studia		5	
<b>4</b>	<b>Miejsce zamieszkania:</b>			
a)	wieś		5	5
<b>5</b>	<b>Inne kryteria:</b>			
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd na rzecz podopiecznego dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		2	10
c)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu		1	
d)	dodatkowe osoby <b>niepełnosprawne</b> w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	- w przypadku jednej osoby	1	
		- w przypadku więcej niż jedna osoba	2	
e)	szczególne <b>utrudnienia</b> Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku)		2	
f)	<b>Uzasadnienie</b> wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu		3	
g)	<b>dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr 1</b> - Wnioskodawca zamierza zakupić wózek <b>typu skuter</b>		-10	
h)	wniosek był <b>kompletny</b> w dniu przyjęcia		1	
<b>6</b>	<b>Wniosek w ramach Obszaru C Zadanie nr 3</b>		50	50
<b>II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 6)</b>			<b>Maksymalnie 100</b>	
<b>III. Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi:</b>				

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

**OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU**

	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	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

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**pozytywna:  w ramach Modułu I /Obszaru/Zadania:.....negatywna:  w ramach Modułu I /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):**

<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2
..... zł	..... zł	..... zł
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2	
..... zł	..... zł	
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4	
..... zł	..... zł	
<b>W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4</b>		
Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON:	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości:	
..... zł	..... zł	

**UZASADNIENIE W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**Data, pieczętka i podpis pracownika PCPR  
w Nowym Mieście LubawskimData, pieczętka i podpis Dyrektora PCPR  
w Nowym Mieście Lubawskim