Załącznik nr 1

Karta oceny formalnej i merytorycznej wniosku
o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych

KARTA OCENY WNIOKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH (LBA)

	Nr wniosku	Imię i Nazwisko	
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*):	UWAGI
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku	□ - tak □ - nie	
2.	Wnioskodawca spełnia kryteria uprawniające do uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON i załącznikiem nr 1 Uchwały nr 195/2017 Zarządu Powiatu	□ - tak □ - nie	
3.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	□ - tak □ - nie	
4.	Wniosek niekompletny – termin uzupełnienia wniosku	□ - tak □ - nie	Do dnia.....

Data weryfikacji formalnej wniosku:	..... 20.....r.
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie	□ - tak □ - nie
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	□ - tak □ - nie
Pieczątka imienna osoby dokonującej weryfikacji formalnej wniosku **Data, podpis:**	**Pieczątka imienna dyrektora PCPR** **Data, podpis:**

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

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH (LBA)

	KRYTERIA OCENY WNIOSKU		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1.	**Stopień, przyczyna niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne/zaświadczenie lekarskie**				
a)	osoby z dysfunkcją ruchu poruszające się na wózku inwalidzkim, po amputacji lub wrodzonym braku kończyn górnych lub dolnych, niewidome		30	30	
b)	dysfunkcja narządu ruchu / wzroku/ choroby neurologiczne	znaczny (I grupa inwalidzka) / dzieci	30	30	
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	20		
		lekki (III grupa inwalidzka)	5		
c)	występuje niepełnosprawność sprzężona		5	5	
2.	**Korzystanie ze środków finansowych PFRON**				
a)	Wnioskodawca nie korzystał z dofinansowania na likwidację barier architektonicznych ze środków PFRON		10	10	
3.	**Inne kryteria:**				
	dodatkowe osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie Wnioskodawcy	– jedna osoba	5	10	
		– więcej niż jedna osoba	10		
4.	**Dochód w przeliczeniu na jedną osobę**				
a)	dochód do 634 zł w przypadku osoby samotnej		20	20	
b)	dochód powyżej 634 zł do 1500 zł w przypadku osoby samotnej		10		
c)	dochód do 514 zł we wspólnym gospodarstwie domowym		20		
d)	dochód powyżej 514 zł do 1500 zł we wspólnym gospodarstwie domowym		10		
5.	**Warunki mieszkaniowo - bytowe - ocena dokonana na podstawie protokołu wizji lokalnej**				
a)	złe		20	20	
		Maksymalna punktacja LBA		**125**	
			WNIOSEK OTRZYMAŁ PUNKTACJĘ		

Minimalna liczba punktów uprawniająca do dofinansowania:	**LBA:**

Pieczątka imienna osoby dokonującej weryfikacji merytorycznej wniosku Data, podpis:	Pieczątka imienna dyrektora PCPR Data, podpis:

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: .....20.....r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

pozytywna: ☐ **negatywna**: ☐

Minimalna liczba punktów uprawniających do dofinansowania wynosi: .....

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA W WYSOKOŚCI (w zł):

Likwidacja barier architektonicznych

..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....

.....

.....

.....

Data.....20.....r.

Akceptacja Dyrektora PCPR

(pieczątka i podpis)

Załącznik nr 1

Karta oceny formalnej i merytorycznej wniosku
o dofinansowanie likwidacji barier technicznych

KARTA OCENY WNIOKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH (LBT)			
	Nr wniosku	Imię i Nazwisko	
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*):	UWAGI
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku	□ - tak □ - nie	
2.	Wnioskodawca spełnia kryteria uprawniające do uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON i załącznikiem nr 1 Uchwały nr 195/2017 Zarządu Powiatu	□ - tak □ - nie	
3.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	□ - tak □ - nie	
4.	Wniosek niekompletny – termin uzupełnienia wniosku	□ - tak □ - nie	Do dnia.....
	Data weryfikacji formalnej wniosku:	..... 20.....r.	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		□ - tak □ - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		□ - tak □ - nie	
Pieczątka imienna osoby dokonującej weryfikacji formalnej wniosku **Data, podpis:**		**Pieczątka imienna dyrektora PCPR** **Data, podpis:**	

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

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH (LBT)

	KRYTERIA OCENY WNIOSKU		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1.	**Stopień, przyczyna niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne/zaświadczenie lekarskie**				
a)	osoby z dysfunkcją ruchu poruszające się na wózku inwalidzkim, po amputacji lub wrodzonym braku kończyn górnych lub dolnych, niewidome		30	30	
b)	dysfunkcja narządu ruchu / wzroku/ mowy/ słuchu / choroby neurologiczne	znaczny (I grupa inwalidzka) / dzieci	30	30	
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	20		
		lekki (III grupa inwalidzka)	5		
c)	występuje niepełnosprawność sprzężona		5	5	
2.	**Korzystanie ze środków finansowych PFRON**				
a)	Wnioskodawca nie korzystał dotąd ze środków PFRON na zakup, montaż przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		10	10	
3.	**Inne kryteria:**				
	dodatkowe osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie Wnioskodawcy	– jedna osoba	5	10	
		– więcej niż jedna osoba	10		
4.	**Dochód w rodzinie jednoosobowej**				
a)	dochód do 634 zł w przypadku osoby samotnej		20	20	
b)	dochód powyżej 634 zł do 1500 zł w przypadku osoby samotnej		10		
c)	dochód do 514 zł we wspólnym gospodarstwie domowym		20		
d)	dochód powyżej 514 zł do 1500 zł we wspólnym gospodarstwie domowym		10		
	Maksymalna punktacja LBT			**105**	
	WNIOSEK OTRZYMAŁ PUNKTACJĘ				

Minimalna liczba punktów uprawniająca do dofinansowania:	**LBT:**
Pieczątka imienna osoby dokonującej weryfikacji merytorycznej wniosku podpis:	Pieczątka imienna dyrektora PCPR Data, podpis:

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:.....20.....r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

pozytywna: ☐ **negatywna**: ☐

Minimalna liczba punktów uprawniających do dofinansowania wynosi: .....

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA W WYSOKOŚCI (w zł):

Likwidacja barier technicznych

..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....

.....

.....

.....

Data.....20.....r.

Akceptacja Dyrektora PCPR

(pieczątka i podpis)

Załącznik nr 1

Karta oceny formalnej i merytorycznej wniosku
o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się

KARTA OCENY WNIOKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ (LBK)			
	Nr wniosku	Imię i Nazwisko	
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*):	UWAGI
1.	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku	□ - tak □ - nie	
2.	Wnioskodawca spełnia kryteria uprawniające do uzyskania dofinansowania zgodnie z rozporządzeniem MPiPS w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON i załącznikiem nr 1 Uchwały nr 195/2017 Zarządu Powiatu	□ - tak □ - nie	
3.	Wniosek jest kompletny, zawiera wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach	□ - tak □ - nie	
4.	Wniosek niekompletny – termin uzupełnienia wniosku	□ - tak □ - nie	Do dnia.....
	Data weryfikacji formalnej wniosku:	..... 20.....r.	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		□ - tak □ - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		□ - tak □ - nie	
Pieczątka imienna osoby dokonującej weryfikacji formalnej wniosku **Data, podpis:**		**Pieczątka imienna dyrektora PCPR** **Data, podpis:**	

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

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ (LBK)

	KRYTERIA OCENY WNIOSKU		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1.	**Stopień, przyczyna niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne/zaświadczenie lekarskie**				
a)	osoby z dysfunkcją ruchu poruszające się na wózku inwalidzkim, po amputacji lub wrodzonym braku kończyn górnych lub dolnych, niewidome, głuche		30	30	
b)	dysfunkcja narządu ruchu / wzroku/ mowy/ słuchu / choroby neurologiczne	znaczny (I grupa inwalidzka) / dzieci	30	30	
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	20		
		lekki (III grupa inwalidzka)	5		
c)	występuje niepełnosprawność sprzężona		5	5	
2.	**Korzystanie ze środków finansowych PFRON**				
a)	Wnioskodawca nie korzystał dotąd ze środków PFRON na dofinansowanie będące przedmiotem wniosku		10	10	
3.	**Inne kryteria:**				
	dodatkowe osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie Wnioskodawcy	– jedna osoba	5	10	
		– więcej niż jedna osoba	10		
4.	**Dochód w rodzinie jednoosobowej**				
a)	dochód do 634 zł w przypadku osoby samotnej		20	20	
b)	dochód powyżej 634 zł do 1500 zł w przypadku osoby samotnej		10		
c)	dochód do 514 zł we wspólnym gospodarstwie domowym		20		
d)	dochód powyżej 514 zł do 1500 zł we wspólnym gospodarstwie domowym		10		
	Maksymalna punktacja LBK			**105**	
	WNIOSEK OTRZYMAŁ PUNKTACJĘ				

Minimalna liczba punktów uprawniająca do dofinansowania:	**LBK:**
Pieczątka imienna osoby dokonującej weryfikacji merytorycznej wniosku , podpis:	Pieczątka imienna dyrektora PCPR Data, podpis:

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: .....20.....r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ

pozytywna: ☐ **negatywna**: ☐

Minimalna liczba punktów uprawniających do dofinansowania wynosi: .....

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA W WYSOKOŚCI (w zł):

Likwidacja barier w komunikowaniu się

..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....

.....

.....

.....

.....

Data.....20.....r.

Akceptacja Dyrektora PCPR

(pieczątka i podpis)