

**Karta oceny merytorycznej wniosku nr.....z dnia.....
o dofinansowanie ze środków PFRON pobytu na turnusie rehabilitacyjnym
Pani/Pana.....**

I. Punktowa ocena wniosku

Kryteria oceny wniosku			Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów
1. Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności				
a)	Stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	Znaczny (I grupa inwalidzka)	10	12
		Umiarkowany (II grupa inwalidzka)	8	
		Lekki (III grupa inwalidzka)	3	
	lub			
b)	Dziecko niepełnosprawne do 16 roku życia lub osoba w wieku do 24 lat ucząca się i niepracująca bez względu na stopień niepełnosprawności	10		
c)	Osoba niewidoma (znaczný stopień niepełnosprawności symbol 04-O)	2		
d)	Osoba głucha (znaczný stopień niepełnosprawności symbol 03-L)	2		
e)	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim (lekarz zaznaczył ten fakt we wniosku lekarskim)	2		
2. Korzystanie z dofinansowania w poprzednich latach				
a)	lub wnioskodawca nie korzystał z dofinansowania w 2012, 2013 i 2014 roku	8	8	
b)	lub wnioskodawca nie korzystał z dofinansowania do turnusu w 2013 i 2014 roku	6		
c)	lub wnioskodawca nie korzystał z dofinansowania w 2014 roku	3		
3. Miejsce zamieszkania				
a)	osoba zamieszkuje na wsi	2	2	
b)	lub w mieście do 5 tys. mieszk.	1		
4. Wysokość deklarowanego przeciętnego miesięcznego dochodu na osobę				
a)	Niski dochód - nie przekracza połowy kryterium dochodowego (art. 10e ust. 1 ustawy) do 985,67 zł – osoba w rodzinie, do 1.281,37 zł – osoba samotna	3	3	
b)	Wysoki dochód - przekracza kryterium dochodowe (art. 10e ust. 1 ustawy) powyżej 1.971,34 zł – osoba w rodzinie, powyżej 2.562,74 zł – osoba samotna	minus 3		
Razem uzyskana liczba punktów				maksymalnie 25

Minimalna liczba punktów, uprawniających do uzyskania dofinansowania wynosi 14.

- ☐ Wniosek osiągnął wymagane minimum.
☐ Wniosek nie uzyskał minimalnej liczby punktów wymaganych do uzyskania dofinansowania.

.....
Data i podpis pracownika

II. Ocena potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych przez wnioskodawcę oraz wpływu niepełnosprawności na możliwość realizacji przez wnioskodawcę kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wniosek opiniuję pozytywnie/negatywnie

.....
Data i podpis pracownika socjalnego

III. Wysokość dofinansowanie ze środków PFRON będzie wynosić zgodnie z § 6 ust.1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych* i art. 10e ust. 2 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (w przypadku przekroczenia kryterium dochodowego):

1.	*Przeciętne wynagrodzenie w IV kwartale 2014 roku wyniosło 3.942,67 zł	Decyzja o wysokości przyznanego dofinansowania, w zaokrągleniu do pełnych złotych
2.	Znaczny stopień niepełnosprawności, osoby niepełnosprawne w wieku do 16 roku życia, osoby niepełnosprawne w wieku 16-24 lat uczące się i niepracujące, bez względu na stopień niepełnosprawności – 30% z wers. 1	
3.	Umiarkowany stopień niepełnosprawności – 27 % z wers. 1	
4.	Lekki stopień niepełnosprawności – 25 % z wers. 1	
5.	Pracownik zakładu pracy chronionej – 20 % z wers. 1	
6.	Opiekun osoby niepełnosprawnej – 20 % z wers. 1	

.....
Data i podpis dyrektora PCPR

Deklaracja bezstronności do wniosku nr

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 związana z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłam 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 byłam zatrudniona, 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 w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

.....
Data i podpis pracownika socjalnego

.....
Data i podpis dyrektora PCPR

