



Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

Data wpływu:

PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

**WNIOSEK** o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu **AKTYWNY  
SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar A – Zadanie 3**  
**Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy**

(**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.)

**Informacje dotyczące wnioskodawcy**

(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Imię i nazwisko																	
Data urodzenia																	
Dowód osobisty	Seria: .....										Wydany przez:.....						
	Numer:.....										W dniu:..... ważny do:.....						
PESEL													pleć	kobieta		mężczyzna	
Gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> wspólne <input type="checkbox"/> osoba samotnie wychowująca osobę zależną																
Stan cywilny: :	<input type="checkbox"/> wolny <input type="checkbox"/> żonaty/zamężna Kontakt telefoniczny:																
Adres e-mail:																	
<b>Miejsce zameldowania</b>																	
Ulica										Nr domu				Nr lokalu			
Miejscowość										Kod pocztowy							
Województwo										Powiat							
<b>Miejsce zamieszkania (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)</b>																	
Ulica										Nr domu				Nr lokalu			
Miejscowość										Kod pocztowy							
<b>Informacje dotyczące podopiecznego</b>																	
Imię i nazwisko																	
Data urodzenia											pokrewieństwo						
PESEL													pleć	kobieta		mężczyzna	
<b>Miejsce zamieszkania</b>																	
Ulica										Nr domu				Nr lokalu			
Miejscowość										Kod pocztowy							
Województwo										Powiat							

Dochód gospodarstwa domowego			
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 1 do wniosku)			
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi			osób
Osoba zatrudniona <input type="checkbox"/>		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>	
Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę			<input type="checkbox"/>
Umowa cywilnoprawna			<input type="checkbox"/>
Staż zawodowy			<input type="checkbox"/>
Działalność gospodarcza			<input type="checkbox"/>
Inny, jaki:.....			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> na czas określony od dnia..... do dnia.....			<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy			
Wykształcenie wnioskodawcy			
<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne jakie: .....			
Rejestracja w Urzędzie Pracy		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>	
Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach .....)			<input type="checkbox"/>
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach .....)			<input type="checkbox"/>
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)			
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż			
Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia PZON)			
<input type="checkbox"/> <b>01-U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> <b>04-O</b> narząd wzroku	<input type="checkbox"/> <b>07-S</b> układ oddechowy/krążenia	<input type="checkbox"/> <b>10-N</b> choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> <b>02-P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> <b>05-R</b> narząd ruchu	<input type="checkbox"/> <b>08-T</b> układ pokarmowy	<input type="checkbox"/> <b>11-I</b> inne
<input type="checkbox"/> <b>03-L</b> narząd słuchu/zaburzenia mowy	<input type="checkbox"/> <b>06-E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> <b>09-M</b> układ moczowo - płciowy	<input type="checkbox"/> <b>12-C</b> zaburzenia rozwojowe
Dysfunkcja obu kończyn górnych			<input type="checkbox"/>
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"/>



Kategoria 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.:

.....

.....

Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem: ☐ NIE ☐ TAK

Dla Wnioskodawcy celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi

tłumacza migowego (oświadczenie/zapotrzebowanie Wnioskodawcy): ☐ NIE ☐ TAK**Informacje uzupełniające**

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

☐ NIE ☐ TAK w ..... roku w ramach .....**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,  
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku**

NR: \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

Nazwa banku .....

**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 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**Cel szczegółowy programu:**

przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcia w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych

**1) Uzasadnienie wniosku**Uwaga: wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu!

	..... ..... ..... .....
2) Czy wnioskodawca otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem tego wniosku?	<input type="checkbox"/> TAK – Rok otrzymania dofinansowania ..... <input type="checkbox"/> NIE
3) Szczególne utrudnienia wnioskodawcy – należy udokumentować	..... ..... .....

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.myszkow.pcp.pl](http://www.myszkow.pcp.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 i 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, przelewanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy przedmiotu dofinansowania lub rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego, z odroczonym terminem płatności maksymalnie do 30 dni od daty wystawienia oraz dostarczeniu dowodu uiszczenia udziału własnego Wnioskodawcy, bądź adnotacji na rachunku lub fakturze VAT, że Wnioskodawca wpłacił gotówką udział własny (o ile dotyczy).

**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, 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.

Myszków, dn. ....../...../20.....r.

.....  
podpis Wnioskodawcy

## Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie dotyczące realizowanego przez Wnioskodawcę poziomu kształcenia, potwierdzające pobieranie nauki lub uczęszczanie do placówki (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności potwierdzające dysfunkcja narządu słuchu. Zaświadczenie winno być wypełnione w sposób czytelny, w języku polskim nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie dotyczące aktywności zawodowej Wnioskodawcy: 1. potwierdzające rejestrację adresata programu jako osoby bezrobotnej lub osoby poszukującej pracy i nie pozostającej w zatrudnieniu - z PUP; lub 2. potwierdzające zatrudnienie / staż; lub 3. potwierdzające prowadzenie działalności, lub 4. potwierdzające dodatkową aktywność zawodową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Aktualny imienny kosztorys lub oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania wystawiona przez sprzedawcę/usługodawcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, wypełnione w czytelnie w języku polskim, (w przypadku ubiegania się o dofinansowanie zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Oświadczenie/ Zaświadczenie/ Zapotrzebowanie o niezbędnym wsparciu w formie usługi tłumacza migowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Inne (wymienić jakie):			

Myszków, dn. .... / ..... / 20..... r.

.....  
podpis, pieczęć pracownika Realizatora programu