



Program finansowany  
ze środków PFRON

Wniosek złożono w Powiatowym Centrum  
Pomocy Rodzinie w Augustowie

w dniu: .....

Nr sprawy: ..... 2017

Wypełnia Realizator programu

**WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON  
w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

**Moduł I Obszar A Zadanie 2 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B**

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.

**1. INFORMACJE WNIOSKODAWCY – NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA**

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.	
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.	
przez..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL <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"/>	Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały*</b>	<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (pocztą)	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... (pocztą)
Miejscowość .....	Miejscowość .....
Ulica .....	Ulica .....
Nr domu ..... nr lok. ....	Nr domu ..... nr lokalu .....
Powiat .....	Powiat .....
Województwo .....	Województwo .....
<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	<b>Kontakt telefoniczny:</b> nr kier. .... nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e' mail (o ile dotyczy): .....
Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	<input type="checkbox"/> - firma handlowa <input type="checkbox"/> - media <input type="checkbox"/> - Realizator programu <input type="checkbox"/> - PFRON <input type="checkbox"/> - inne, jakie:

\* w przypadku, gdy adres zameldowania jest inny niż miejsce zamieszkania należy dostarczyć dokument potwierdzający, iż miejsce zamieszkania jest miejscowością, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu

## STRONA 2

## STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowo

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
W Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b>	<b>Lewe oko:</b>	<b>Prawe oko:</b>
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji): .....	Ostrość wzoru (w korekcji): .....
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b>	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: .....	<input type="checkbox"/> zarejestrowana/y w PUP: od dnia: ..... (miesiąc, rok)
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: .....	<input type="checkbox"/> jako bezrobotna/y <input type="checkbox"/> jako poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....	Nazwa pracodawcy: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	Adres miejsca pracy: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr .....
Nr NIP: .....	<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: .....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
<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"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....		
Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....		
Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....		

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku)?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc	Beneficjent (stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b> <span style="float: right;">tak <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">nie <input type="checkbox"/></span>							
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b> <span style="float: right;">tak <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">nie <input type="checkbox"/></span>							
<b>Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:</b> .....							
<b>Uwaga!</b> za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął							

STRONA 4

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.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
2) Czy Wnioskodawca w ciągu 5 lat otrzymał dofinansowanie na cel/przedmiot dofinansowania, na który obecnie składa wniosek (w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie Jeżeli tak, to kiedy i na jaki przedmiot ..... .....
3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
4) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	<input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać): ..... ..... .....
5) 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.	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie ..... .....
6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
<b>Uzasadnienie wniosku</b> wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu i informacja czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakoś wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	

**4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA**

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

**Dofinansowanie/refundacja kosztów uzyskania prawa jazdy:**

Termin przeprowadzenia kursu: ....., nazwa i adres ośrodka:.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca ☐ - tak ☐ - nie

Miejsce kursu .....

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.:

**5. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA**

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Cena brutto (w zł) – zgodnie z ofertą cenową / dokumentem potwierdzającym poniesione koszty	Kwota wnioskowana (w zł)	Kwota udziału własnego (w zł) - co najmniej 25% ceny brutto
Koszt kursu i egzaminów			
<b>oraz o ile dotyczy</b> (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)			
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu			
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu			
<b>Razem</b>			

**6. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY:**

☐ NIE ☐ TAK w ..... roku w ramach .....

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO**

numer rachunku bankowego

imię i nazwisko właściciela rachunku .....

nazwa banku .....

**Oświadczam, że:**

- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
- 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,
- zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam/em do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),

## STRONA 6

4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego niezbędnego przy realizacji zadania w wysokości **co najmniej** 25% ceny brutto) nie pochodzące ze środków PFRON i/lub NFZ,
5. 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,
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem/am** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak ☐ nie
8. zobowiązuje się bezzwłocznie zgłosić informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
9. 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, nie naruszyłem/am warunków umowy (m. in. poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy).

..... dnia ..... r.

.....  
podpis Wnioskodawcy

## 7. Załączniki:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do 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"/>	
5.	Zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami; wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie lekarza specjalisty, w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oferta cenowa kosztów uzyskania prawa jazdy kat. B / Dokumenty potwierdzające koszty poniesione na uzyskanie prawa jazdy kat. B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dokument potwierdzający, iż podany adres zamieszkania jest miejscowością z zamiarem stałego pobytu (w przypadku gdy adres zameldowania jest inny niż miejsce zamieszkania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dokumenty potwierdzające uczęszczanie do szkoły lub aktywność zawodową (np. potwierdzenie zarejestrowania w PUP lub zatrudnienia, zaświadczenia ze szkoły)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Ewentualnie - dokumenty potwierdzające podnoszenie kwalifikacji zawodowych z okresu 3 lat od daty złożenia wniosku (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych, współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Ewentualnie – dokumenty świadczące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Ewentualnie – dokumenty potwierdzające szczególne utrudnienia (dot. pkt 3 ppk. 5 wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):			