

**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 urodzeniar.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r. przez..... ważny do dniar.	
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/żonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały* Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu nr lok. Powiat Województwo <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	ADRES ZAMELDOWANIA (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) Miejscowość Ulica Nr domu nr lokalu Powiat Województwo
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):	Kontakt telefoniczny: 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"/> NARZĄD RUCHU 05-R , 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"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji): Zwężenie pola widzenia: stopni
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):		
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęciowego
	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne
		<input type="checkbox"/> 11- I inne
		<input type="checkbox"/> 12- C 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"/> jako bezrobotna/y <input type="checkbox"/> jako poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:	Nazwa pracodawcy: Adres miejsca pracy: Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr dokonanego w urzędzie: <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)	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:							
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>							
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>							
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:							
.....							
Uwaga! 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
Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu i informacja czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość 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.	

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.:

.....

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			
oraz o ile dotyczy (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			
Razem			

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY:	
<input type="checkbox"/>	NIE
<input type="checkbox"/>	TAK w roku w ramach

1. 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)
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 przyjąłam/em do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem:

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.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (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 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.	Zaświadczenia wydane 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"/>	
5.	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"/>	
6.	Oferta cenowa kosztów uzyskania prawa jazdy kat. B / Dokumenty potwierdzające koszty poniesione na uzyskanie prawa jazdy kat. B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oświadczenie potwierdzające, 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"/>	
8.	Dokumenty potwierdzające uczęszczanie do szkoły lub aktywność zawodową (np. potwierdzenie zarejestrowania w PUP lub zatrudnienia, zaświadczenia ze szkoły)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	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"/>	
10.	Ewentualnie – dokumenty świadczące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Ewentualnie – dokumenty potwierdzające szczególne utrudnienia (dot. pkt 3 ppk. 5 wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):			