

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

## WNIOSEK „P” - Moduł I: Obszar A - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

### Zadanie nr 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

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez.....ważnym do ..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL

Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

##### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa  - media  - Realizator programu  - PFRON  - inne, jakiej:

**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**

**NARZĄD RUCHU 05-R**, w zakresie:  obu kończyn górnych  jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych  jednej kończyny dolnej  innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

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

**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 - pęciowego	<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**

niezatrudniona/y: od dnia:.....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

przebywająca/y na rencie/emeryturze

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

**działalność gospodarcza**

Nr NIP: .....

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr.....  
dokonanego w urzędzie: .....

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

**działalność rolnicza**

Miejsce prowadzenia działalności:  
.....





**Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”**

6) 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 ..... ..... .....
7) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON podniesie jakość wykonywanej przez niego pracy?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
8) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON zmniejszy bariery ograniczające dostęp do edukacji?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
9) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON będzie wspierało jego zatrudnienie?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
10) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi podwyższenie jego kwalifikacji?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
11) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi jego aktywizację społeczną?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy
12) Czy Wnioskodawca deklaruje, że udzielenie pomocy ze środków PFRON zmniejszy bariery w poruszaniu się?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy

#### 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.

<p><b>Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:</b></p> <p>Planowany termin kursu: ....., nazwa i adres ośrodka:.....</p> <p>.....</p> <p>Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: <input type="checkbox"/> NIE      <input type="checkbox"/> TAK</p> <p>Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu: .....</p> <p>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.:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
<b>oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)</b>		
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

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

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku  
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego .....

nazwa banku .....

**Oświadczam, że:**

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego  tak -  nie,
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](http://www.pfron.org.pl), a także: .....
4. Posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej **25%** kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B,
5. W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B:  tak -  nie,
6. 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,
7. 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,
8. W ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
9. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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.

..... dnia ..... /..... /20..... r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Kserokopia dowodu osobistego Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	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"/>	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do formularza wniosku)- dotyczy osób, których orzeczenie o stopniu niepełnosprawności nie jest wydane z przyczyny dysfunkcji narządu ruchu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 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"/>	
7.	W przypadku zatrudnienia: zaświadczenie o zatrudnieniu (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku kształcenia się na poziomie ponadgimnazjalnym: zaświadczenie potwierdzające kształcenie (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie o podnoszeniu kwalifikacji zawodowych (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Potwierdzenie działania na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Potwierdzenie aktywnego poszukiwania pracy lepszego przygotowania do podjęcia pracy lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem) – można wykazać z okresu do trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Dwie oferty cenowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	