

Pieczęć jednostki:

Data wpływu:



program finansowany ze środków PFRON

Numer sprawy:

Wypełnia Realizator programu

MODUŁ I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

OBSZAR A – likwidacja bariery transportowej

ZADANIE 2 – dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania
prawa jazdy kategorii B

WNIOSEK

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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

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 urodzeniar. Dowód osobisty seria numer

wydany przez w dniu

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu na 1-go członka rodziny:

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – pobyt stały

Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

miasto do 5 tys. Mieszkańców inne miasto wieś

mieszkaniec **Domu Pomocy Społecznej** tak nie

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

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	- firma handlowa	- media	- PCPR	- PFRON
	- inne, jakie:.....			

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	znaczny stopień	I grupa inwalidzka
całkowita niezdolność do pracy	umiarkowany stopień	II grupa inwalidzka
częściowa niezdolność do pracy	lekki stopień	III grupa inwalidzka

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

Niepełnosprawność powstała: od urodzenia przed rokiem życia

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	obu kończyn górnych	jednej kończyny górnej
NIE DOTYCZY	obu kończyn dolnych	jednej kończyny dolnej innym

Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: **TAK** **NIE**

NARZĄD WZROKU 04-O	osoba niedowidząca	osoba niewidoma	osoba głuchoniewidoma
NIE DOTYCZY			

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

NIE DOTYCZY

01- U upośledzenie umysłowe	03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	07- S choroby układu oddechowego i krążenia	09- M choroby układu moczowo - płciowego	11- I inne
02- P choroby psychiczne	06- E epilepsja	08- T choroby układu pokarmowego	10- N choroby neurologiczne	12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

NIE DOTYCZY	zarejestrowana/y w PUP jako: bezrobotna/y poszukująca/y pracy
niezatrudniona/y: od dnia:	data rejestracji:

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:	Nazwa pracodawcy:
na czas nieokreślony inny, jaki:
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę krótszy niż 3 miesiące, dłuższy niż 3 miesiące	Adres miejsca pracy:.....
stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
umowa cywilnoprawna: zawarta na okres krótszy niż 6 miesięcy, zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; (Dz.U.2016.645, z późn.zm.)	
działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej, (Dz.U.2016 poz.1829)	na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr.....,
działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, (Dz.U.2016 poz. 277)	dokonanego w urzędzie:
inna, jaka i na jakiej podstawie:	Miejsce prowadzenia działalności:
.....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
podstawowe	gimnazjalne	zawodowe
średnie ogólne	średnie zawodowe	policealne
wyższe	inne, jakie:	
OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
gimnazjum	zasadnicza szkoła zawodowa	liceum
technikum	szkoła policealna	kolegium
studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	studia podyplomowe	studia doktoranckie
inna, jaka:	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 korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub MOPR?					tak	nie
Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	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	nie
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak	nie
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:	
Uwaga!		
W ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON i/lub Realizatora programu.		
Za „wymagalne zobowiązania” należy przez to rozumieć:		
a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,		
b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:		
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,		
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,		
– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.		

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty związane z uczestnictwem osoby niepełnosprawnej w kursie i przeprowadzeniem egzaminu na prawo jazdy kategorii B, w tym także wszelkie opłaty z nimi związane i jazdy doszkalające 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 kosztów uzyskania 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:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów		
<i>oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)</i>		
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu		
Razem		

6. Informacje uzupełniające

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

PRAWA JAZDY KAT. B: **NIE** **TAK** w roku w ramach

a także w roku w ramach

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)

Dane właściciela konta – **wnioskodawcy**

Nazwa banku..... numer rachunku bankowego

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Raciborzu, tj. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): **tak** – **nie**,
- Oświadczam, że **otrzymałem/am**
 nie otrzymałem/am
w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty ewentualną umową dofinansowania (rozdział VII ust. 3 Zasad dotyczących wyboru (...))
- 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,
- zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązujące w 2017 roku, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.raciborz.org.pl.

6. 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,
7. **posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego, wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy,**
8. 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,
9. 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
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak – nie,
11. 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 (lub innych dowodów księgowych, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe).

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.

....., dnia /..... /20..... r. miejsowość podpis Wnioskodawcy
--	------------------------------

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie (kserokopię pełnomocnictwa oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych dołącza do wniosku, dowód osobisty pełnomocnika oraz oryginał pełnomocnictwa do wglądu pracownika PCPR).

Oświadczenie pełnomocnika:

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jestem i nie byłem/am w żaden inny sposób powiązany/a z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

....., dnia /..... /20..... r. miejsowość podpis Pełnomocnika
--	------------------------------

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			
2. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) Nie dotyczy osób, których podstawą wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności stanowi narząd ruchu (05-R)			
3. Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami			
4. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)			
5. Oświadczenie 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			
6. Poświadczenie zameldowania – dowód osobisty do wglądu			
7. Dokument potwierdzający aktywność zawodową osoby niepełnosprawnej: zatrudnienie lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoby bezrobotnej lub jako poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu (o ile dotyczy)			
8. Inne załączniki (należy wymienić):			