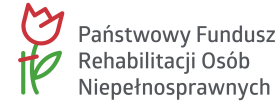




REALIZATOR PROGRAMU:  
 POWIAT ŚWIECKI  
 POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE  
 ul. Wojska Polskiego 195a 86-100 Świecie  
 tel. 52 56 83 204



program finansowany ze środków PFRON

PCPR.500.3.2. ....2018. ....  
 Nr rej. ..../2018

DATA WPŁYWU WNIOSKU  
 (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

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

PESEL ..... Dowód osobisty seria ..... numer .....

wydany w dniu.....r. przez.....data ważności .....

#### 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 ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
 (poczta)

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

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info](mailto:pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info)

### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub	znaczny stopień	I grupa inwalidzka
całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		
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

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**NARZĄD RUCHU**, w zakresie:

kończyny dolnej    kończyn dolnych    kończyny górnej    kończyn górnych    innym

Wnioskodawca : porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna

na wózku inwalidzkim samodzielnie

wyłącznie przy pomocy kul lub balkonika

samodzielnie

### PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	02- <b>P</b> choroby psychiczne	03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	04- <b>O</b> choroby narządu wzroku
05- <b>R</b> upośledzenie narządu ruchu	06- <b>E</b> epilepsja	07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego
09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	10- <b>N</b> choroby neurologiczne	11- <b>I</b> inne	12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA:

niezatrudniona/y: od dnia:.....	bezrobotna/y	poszukująca/y pracy	nie dotyczy
zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....	Nazwa pracodawcy: .....		
na czas nieokreślony	inny, jaki: .....	Adres miejsca pracy: .....	

**Stosunek pracy na podstawie:**    umowy o pracę    powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę  
 umowy cywilnoprawnej    stażu zawodowego

działalność gospodarcza	na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....
Nr NIP: .....	inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....

### ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE:

brak    podstawowe    gimnazjalne    ponadgimnazjalne, jakie: .....    wyższe

### OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

SZKOŁA PODSTAWOWA    GIMNAZJUM    SZKOŁA PONADGIMNAZJALNA, jaka: .....

SZKOŁA WYŻSZA, 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 lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy Termin rozliczenia	Oddział PFRON/ PCPR/MOPR w którym uzyskano dofinansowanie	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>							
<b>POTWIERDZENIE DANYCH:</b>							
1. PCPR: _____							
2. PFRON: _____							
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b>						<b>tak <input type="checkbox"/></b>	<b>nie <input type="checkbox"/></b>
<b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b>						<b>tak <input type="checkbox"/></b>	<b>nie <input type="checkbox"/></b>
<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							
<b>Czy wnioskodawca posiada środki finansowe na pokrycie udziału własnego:</b>						<b>tak <input type="checkbox"/></b>	<b>nie <input type="checkbox"/></b>
<b>Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych</b>						<b>tak <input type="checkbox"/></b>	<b>nie <input type="checkbox"/></b>

## 3. Dodatkowe informacje

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku. 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Czy uzyskane dofinansowanie przyczyni się do likwidacji lub ograniczenia bariery transportowej?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
2) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające orzeczenie stosownego organu dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

#### 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 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: .....

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 itp.....

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu		
Koszt 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		
<b>Razem</b>		

#### 6. Uzasadnienie:

1) Przedmiot dofinansowania przyczyni się do wyeliminowania lub zmniejszenia barier ograniczających uczestnictwo w życiu społecznym i/lub zawodowym:  tak  nie

2) Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania:

---



---



---



---



---



---



---



---

## 7. Informacje uzupełniające

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

**UZYSKANIA PRAWA JAZDY:** 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

**Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy\***.....

**Nazwa banku** .....

**Imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego** .....

\* - należy wskazać dane rachunku bankowego Wnioskodawcy lub wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym bądź wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby (w załączeniu oświadczenie)

### **Oświadczam, że:**

1. podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info](http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info)
3. 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,
4. przyjmuję do wiadomości, iż wysokość dofinansowania uzależniona będzie od możliwości finansowych PFRON
5. nie mam zaległości wobec Funduszu oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
6. **otrzymałem(am) nie otrzymałem(am)** dofinansowanie(a) 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 2016r. poz. 2046), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i (*należy wypełnić w przypadku osób, które otrzymały dofinansowanie*), **nie naruszyłem(am)** warunki(ów) umowy, **naruszyłem (am)** warunki(ów) umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i **doprowadziłem(am), nie doprowadziłem(am)** do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku
7. **nie ubiegam się i nie będę się ubiegać w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)**
8. przyjmuję do wiadomości, iż jestem zobowiązany(a) zgłosić bezzwłocznie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku
9. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w uzyskaniu wnioskowanego prawa jazdy kategorii B (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 25% ceny brutto**),
10. 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,

11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu w uzasadnionych przypadkach, w celu rozpoznania sprawy, może żądać dodatkowych dokumentów (zaświadczeń),
12. 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 ...../...../ 2018r.

.....

**Wnioskodawcy**

### 8. 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) - załącznik nr 1 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości dochodu (załącznik nr 2 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 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"/>	
4.	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 60 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim (w przypadkach tego wymaganych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu jako następstw schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia o niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia zasadniczego, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) - dotyczy osób, u których dysfunkcja narządu ruchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument potwierdzający zatrudnienie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku Wnioskodawców, którzy studiują – wystawione przez uczelnię zaświadczenie potwierdzające fakt pobierania nauki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Ulotka informacyjna dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania wraz z ofertą cenową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej- wystawiona na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej lub potwierdzenie przez właściwą jednostkę (pomocy społecznej, straży pożarnej, Policji) o zdarzeniu losowym skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	