

Wypełnia realizator  
Nr sprawy: .....  
Data wpływu:.....



Program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK

### o dofinansowanie 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.

#### Moduł I

#### Obszar A Zadanie 2

pomoc w uzyskaniu prawa jazdy

#### 1. Informacje o Wnioskodawcy

##### DANE PERSONALNE

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

##### Dowód osobisty\* (wypełnić w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL)

seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do .....r.

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – miejsce gdzie wnioskodawca przebywa w zamiarem stałego pobytu

Kod pocztowy  -  .....  
(pocztą)

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  -  .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny: nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

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

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

☐ - media ☐ - PCPR w Tucholi ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:.....

| <b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   |
| <b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> obu kończyn górnych</span> <span><input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span><input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych</span> <span><input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej</span> <span><input type="checkbox"/> innym</span> </div> |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   |
| 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia ( <i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i> ):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   |
| <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"/> 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                                                                             |
| <b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: .....<br><input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                              | Nazwa pracodawcy: .....<br>Adres miejsca pracy: .....<br>.....<br>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: ..... |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę<br><input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę<br><input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b><br><br>Nr NIP: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr ..... dokonanego w urzędzie: .....<br><input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: ..... |                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Miejsce prowadzenia działalności: .....                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                   |

### AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA

|                                         |                                           |                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| <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:     |                                     |
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy    |                                           |                                     |

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

|                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od roku poprzedzającego złożenie wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?</b> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| Zadanie w ramach, którego udzielono wsparcia                                                                                                                                    | Kwota przyznana (w zł)                                    |
|                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|                                                                                                                                                                                 |                                                           |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>                                                                                                                                           |                                                           |

|                                                                                                 |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:</b>                             | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| <b>Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:</b>              | tak <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |                              |                              |

### 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. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną 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, umieszczonego w tabeli nr 7 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 (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie                                                                                                                         | Odpowiedź                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Uzasadnienie wniosku (w tym, jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego) | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                              |
| 2) Wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?                          | <p><input type="checkbox"/> tak - <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Jeżeli tak, należy do wniosku dołączyć stosowany dokument potwierdzający zdarzenie (np. decyzję ośrodka pomocy społecznej)</p> |

### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

| Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii:                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                              |                              |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> B+E                   | <input type="checkbox"/> C   | <input type="checkbox"/> C+E | <input type="checkbox"/> C1   |
| <input type="checkbox"/> C1+E                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> D                     | <input type="checkbox"/> D+E | <input type="checkbox"/> D1  | <input type="checkbox"/> D1+E |
| <input type="checkbox"/> T                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> inna kategoria, jaka: |                              |                              |                               |
| Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                    |                                                |                              |                              |                               |
| Dla Wnioskodawcy celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego (oświadczenie/zapotrzebowanie Wnioskodawcy): <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK                                            |                                                |                              |                              |                               |
| Planowany termin kursu: ....., nazwa i adres ośrodka:.....                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                              |                              |                               |
| Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 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 (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.: |                                                |                              |                              |                               |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                              |                              |                               |
| .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                              |                              |                               |

| Orientacyjna cena brutto (razem – w zł)                                                                  |  | Kwota wnioskowana (w zł)* |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|
| koszt kursu i egzaminów                                                                                  |  |                           |
| pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania wnioskodawcy |  |                           |
| koszty związane z zakwaterowaniem , wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu                       |  |                           |
| Koszty usług tłumacza migowego                                                                           |  |                           |
| <b>RAZEM:</b>                                                                                            |  |                           |

\* Nie więcej niż 75% kosztów ceny brutto

## 5. Informacje uzupełniające

|                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b><br>na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku |
| <b>numer rachunku bankowego</b> .....<br><b>nazwa banku</b> .....                                                               |

## 6. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

|    |                                                                                                                                                                                                                   | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU |                          |                          |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|    | Nazwa załącznika                                                                                                                                                                                                  | Dołączono do wniosku                   | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)                   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2. | 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"/> |                          |
| 3. | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej                                                                                                        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny                                              | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5. | Zaświadczenie lekarskie – lekarz specjalista (należy dołączyć do wniosku w przypadku gdy na orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności nie znajduje się kod 05-R)                                                    | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6. | Inne załączniki (należy wymienić):                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7. |                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8. |                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |                          |

## **Oświadczam, że:**

1. Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany 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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcpptuchola.pl](http://www.pcpptuchola.pl)
4. W okresie ostatnich 3 lat licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy, nie uzyskałam(em) pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na ten sam cel: ☐ tak - ☐ nie,
5. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w przedmiocie dofinansowania (**co najmniej 25% ceny brutto zakupu/usługi**),
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. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że 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,

*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**