



program finansowany ze środków PFRON

Data wpływu Wniosku do PCPR:

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

PCPR.6113. .... 2016

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

**[ P ]**

**Moduł I Obszar A – likwidacja bariery transportowej:**

**Zadanie nr 2 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B**

**Wniosek wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu**

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. **(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )**

*Wniosek należy złożyć w: Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Piłsudskiego 70/5, 37-100 Łańcut  
Bądź przesać listem poleconym na powyższy adres (decyduje data stempla pocztowego).*

**Termin składania wniosku: do 30 sierpnia 2016 r.**

**1. Dane Wnioskodawcy**

imię		nazwisko	
PESEL	data urodzenia ___ / ___ / ____ r.		pleć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Dowód tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	seria i numer	wydany przez	
	data wydania dokumentu ___ / ___ / ____ r.		data ważności dokumentu ___ / ___ / ____ r.
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			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
wielkość miejscowości zamieszkania: <input type="checkbox"/> miasto do 5 tyś mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś			
adres zameldowania (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta	gmina	
adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)		<b>kontakt:</b> tel. stacjonarny	tel. komórkowy
		E-mail (o ile dotyczy)	

## 2. Stan prawny orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego

<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<b>Ważność orzeczenia:</b>	<input type="checkbox"/> do dnia: ___ / ___ / _____ r.	<input type="checkbox"/> ważne bezterminowo
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>		
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe		
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne		
<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu		
<input type="checkbox"/> 04-O dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	
<input type="checkbox"/> 05-R dysfunkcja narządu ruchu	w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> innym	
<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	
<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego		
<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo – płciowego		
<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne		
<input type="checkbox"/> 11-I inne		
<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe		
<b>Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:</b>		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego		
<input type="checkbox"/> porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego		

## 3. Aktywność zawodowa

<input type="checkbox"/> <b>zatrudniona/y:</b>	Forma 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
Data rozpoczęcia pracy ___ / ___ / _____ r.	Czas zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony
		<input type="checkbox"/> na czas określony do dnia: ___ / ___ / _____ r.
	Miejsce zatrudnienia – Nazwa pracodawcy:	
	Adres pracodawcy:	
	Telefon kontaktowy:	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza	Nr NIP:	
Działalność prowadzona na podstawie:		(Proszę podać odpowiednie Nr/ nazwę urzędu/ inną podstawę.)
<input type="checkbox"/> wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr		
<input type="checkbox"/> dokonanego w urzędzie		
<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności	

<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y:	Zarejestrowany w PUP jako:	Data rejestracji w PUP:
	<input type="checkbox"/> bezrobotna/y	___ / ___ / ____ r.
	<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy	
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

#### 4. 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"/> nie dotyczy                | <input type="checkbox"/> szkoła policealna                    | <input type="checkbox"/> studia podyplomowe     |
| <input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa | <input type="checkbox"/> kolegium                             | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie    |
| <input type="checkbox"/> liceum                     | <input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite | <input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach |
| <input type="checkbox"/> technikum                  | magisterskie)   | programów UE                                    |
| <input type="checkbox"/> inna, jaka:                |   |   |

#### Nazwa i adres szkoły, do której wnioskodawca uczęszcza

nazwa szkoły	klasa/rok
ulica	nr domu
miejsowość	kod pocztowy
telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji	

#### 5. 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?

Nie  Tak (należy uzupełnić poniższe dane)

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	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
RAZEM:						

## 6. 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 11 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.

**a. 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

nie     tak 2 przyczyny niepełnosprawności     tak 3 przyczyny niepełnosprawności

**b. 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)?**

nie     tak

**c. Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?**

nie     tak (1 osoba)     tak (więcej niż jedna osoba)

**d. 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)?**

nie     tak (proszę opisać):

.....  
.....

**e. 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. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt.) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.

nie     tak (proszę opisać jakie):

.....  
.....

**f. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego; Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – Moduł I Obszar A Zadanie 2****Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:**

Planowany termin kursu:

od \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ r. do \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ r.

nazwa ośrodka:

adres ośrodka:

 **Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:**

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.*

**8. Wnioskowana kwota dofinansowania przedmiotu wniosku wymieniona w pkt. 7**

**W ramach Modułu I Obszar A 2 wymagany jest wkład własny w wysokości 25 % kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B.**

	<b>Orientacyjna cena brutto (w zł)</b>	<b>Udział własny Wnioskodawcy (w zł)</b>	<b>Kwota wnioskowana (w zł)</b>
a) Koszt kursu i egzaminów			
b) Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu *			
c) Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu *			
<b>Razem:</b>			
<b>Wkład własny wynosi: (w %)</b>			

\* - dotyczą Wnioskodawców, którzy odbywają kurs prawa jazdy poza miejscem zamieszkania

**9. Dane uzupełniające**

**Rachunek bankowy Wnioskodawcy na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby. (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)**

numer rachunku

nazwa banku

właściciel konta bankowego

**10. Oświadczenia wnioskodawcy**

**Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego 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) o dofinansowanie ze środków PFRON objęte zakresem niniejszego wniosku, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu łańcuckiego;  | <input type="checkbox"/> tak \ <input type="checkbox"/> nie               |
| 3) nie będzie 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).  |   |
| 4) w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie;   | <input type="checkbox"/> tak \ <input type="checkbox"/> nie               |
| 5) wymagalne zobowiązania wobec PFRON:   | <input type="checkbox"/> posiadam \ <input type="checkbox"/> nie posiadam |
| 6) wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:  | <input type="checkbox"/> posiadam \ <input type="checkbox"/> nie posiadam |

**Rodzaj zobowiązania:**

**Uwaga!** – w ramach programu „Aktywny Samorząd” **nie mogą uczestniczyć** osoby które w przeszłości, były stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązaną z przyczyn leżących po ich stronie bądź posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub realizatora – wykluczenie obowiązuje w ciągu 3 lat, licząc od końca roku, w którym wygasło zobowiązanie wobec PFRON

- |   |  |
|---|--|
| 7) posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15 % kosztów ceny brutto;   |  |
| 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) 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: <a href="http://www.pfron.org.pl">www.pfron.org.pl</a> , a także: <a href="http://www.pcp-r-lancut.pl">www.pcp-r-lancut.pl</a> ; |  |
| 11) o wszystkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku bezzwłocznie poinformuję Realizatora programu;  |  |
| 12) dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument równoważny) jest prawomocne;  |  |
| 13) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.  |  |

**art. 233 §1** Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

**§2** Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

.....  
Miejscowość

.....  
podpis wnioskodawcy  
lub opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Źródło informacji możliwości  
uzyskania dofinansowania  
w programie:

- Realizator programu (PCPR)  
 PFRON  
 media

- firma handlowa  
 inne (jakie?)

11. Wymagane załączniki do wniosku	Dołączono do wniosku (wypełnia pracownik realizatora)	
1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)		
2. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 13 do Regulaminu dofinansowań w ramach pilotażowego programu „aktywny samorząd” w Powiecie Łąncuckim) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu		
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 14 do Regulaminu ...)		
4. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny		
5. Kserokopia zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do uzyskania prawa jazdy kategorii B		
6. Wycena wnioskowanego przedmiotu		
7. Inne dokumenty:		
a)		
b)		
c)		
d)		

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie - pełnomocnictwo Wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

Dane pełnomocnika (należy podać w przypadku ustanowienia)			
imię		nazwisko	
PESEL		data urodzenia ___/___/____ r.	pleć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Dowód tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	seria i numer		wydany przez
	data wydania dokumentu ___/___/____ r.		data ważności dokumentu ___/___/____ r.
Adres zamieszkania			
miejscowość		ulica	numer domu/lokalu
kod pocztowy	poczta		gmina
adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)		<b>Kontakt:</b>	
		tel. stacjonarny	
		tel. komórkowy	
		e-mail (o ile dotyczy)	

Do wniosku należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo notarialne.