

Nr sprawy.....



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK

do Powiatowego Urzędu Pracy w Suwałkach ul. Kościuszki 71A, tel. 87 565 26 50
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
w ramach pilotażowego programu „AKTYWNY SAMORZĄD” - 2019 r.

MODUŁ I OBSZAR A Zadanie 2-pomoc w uzyskaniu prawa jazdy

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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl

CZĘŚĆ A

1. INFORMACJE WNIOSKODAWCY – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię i nazwisko Adresata programu..... data urodzenia.....	
PESEL	
Dowód osobisty (w przypadku braku nr PESEL) seria i nr wydany w dniu..... r. przez.....	
....., ważny do dniar.	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały - Kod pocztowy (pocztą)	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) - Kod pocztowy (pocztą)
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu nr lok. Powiat	Nr domu nr lok. Powiat
Województwo	Województwo

*należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której Wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego Wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów): o miejscu zamieszkania nie decyduje jednak fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

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:.....		

2. 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

3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: ☐ obu kończyn górnych ☐ jednej kończyny górnej ☐ obu kończyn dolnych ☐ jednej kończyny dolnej ☐ innym				
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐ Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐				
☐ NARZĄD WZROKU 04-O ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia:stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia:stopni		
☐ INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):				
☐ 01-U upośledzenie umysłowe	☐ 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ -OSOBA GŁUCHA	☐ 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09-M choroby układu moczowo - płciowego	☐ 11-Inne
☐ 02-P choroby psychiczne	☐ 06-E epilepsja	☐ 08-T choroby układu pokarmowego	☐ 10-N choroby neurologiczne	☐ 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

4. AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ niezatrudniona/y: od dnia:.....		☐ zarejestrowana/y w PUP: od dnia.....
		☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu ☐ nie dotyczy
☐ zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:.....		Nazwa pracodawcy:
☐ na czas nieokreślony		
☐ inny, jaki:.....		Adres miejsca pracy, nr tel.
		
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ☐ umowa cywilnoprawna		
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		
☐ staż zawodowy		
☐ działalność gospodarcza	☐ na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej	
Nr NIP:	☐ inna, jaka i na jakiej podstawie:.....	
Nr REGON:		
☐ działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:	

5. INFORMACJE DOT. AKTUALNIE REALIZOWANEGO ETAPU KSZTAŁCENIA

Obecnie adresat programu jest:		
☐ uczniem	☐ studentem	☐ inne.....
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły		
klasa/rok Kod pocztowy Miejscowość		
ulicanr		
☐ adresat programu nie pobiera obecnie nauki		

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PUP w Suwałkach, 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)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	<i>Wysokość dofinansowania</i>
Razem uzyskane dofinansowanie:					

7. Informacja o gospodarstwie domowym Adresata programu

4

8 .Informacja dotycząca Adresata programu będącego osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych

Adresat programu jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:

☐ nie ☐ tak, tj.:

CZĘŚĆ B - INFORMACJE DOTYCZACE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii:				
☐ B ☐ B1	☐ B+E	☐ C	☐ C+E	☐ C1
☐ C1+E	☐ D	☐ D+E	☐ D1	☐ D1+E
☐ T	☐ inna kategoria, jaka:			
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 (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, cenypaliwa)itp.:				

2. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł) kat. B 75% max 2 100 zł kat. pozostałe 75% max 3 500 zł
Koszt kursu, jazd doszkalających, podstawienia samochodu, egzaminów wewnętrznych i państwowych		
oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)		
Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł) 75% max 800 zł
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu		

należy wykazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę kolejnego dofinansowania (<i>istotne przesłanki: aktywność zawodowa, nauka wnioskodawcy</i>)- o ile dotyczy	
	
	
	
	
	
	
	

5. 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. 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 powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak(wskazać liczbę osób) ☐ - nie
2) 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 lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem) ? (udokumentować w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak”) <i>Uwaga! Można wykazać aktywność z okresu 3 lat wstecz od daty złożenia wniosku.</i>	☐ - tak (proszę wskazać) ☐ - nie ☐ - nie dotyczy
3) Czy wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia ?	☐ - tak ☐ - nie
4) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana sytuacja rodzinna, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. (udokumentować w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak”).	☐ - tak ☐ - nie
5) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten cel, w tym poprzez PFRON, PCPR, MOPR, PUP w Suwałkach)?	☐ - tak ☐ - nie
6) 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.	☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie

CZĘŚĆ C - OŚWIADCZENIA ADRESATA PROGRAMU

1. Oświadczam, że **zapoznałam(em)** się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl
2. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam*** wymagalne zobowiązania wobec PFRON.
3. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam*** wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu.
4. Oświadczam, że **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 korespondencja zaadresowana zgodnie z informacjami podanymi we wniosku, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
5. Oświadczam, że **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż złożenie niniejszego wniosku 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.
6. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam*** środki finansowe na pokrycie udziału własnego zgodnie z zapisami programu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 25% ceny brutto).
7. Oświadczam, że środki finansowe na pokrycie udziału własnego nie będą pochodziły ze środków PFRON
8. Oświadczam, że **otrzymałam(am) / nigdy wcześniej nie otrzymałam(am)*** dofinansowania ze środków PFRON.
9. Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat **uzyskałam(em) / nie uzyskałam(em)*** pomoc/y ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy.
10. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am) / nie byłam(am)*** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
11. Oświadczam, że **nie ubiegam się / nie będę ubiegać się / ubiegam się i będę*** w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem **innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) ani innego urzędu**.
12. Oświadczam, że moim **miejszem zamieszkania zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest** Jest to miejscowość, w której przebywam z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem mojego życia codziennego, w którym skoncentrowane są moje plany życiowe.
- o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu;
- można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;
13. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą. Mam świadomość odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego, za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy.

..... dnia

Miejscowość

Data

Podpis **

* zaznaczyć właściwe

** Adresat programu 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.

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie- pełnomocnictwo wnioskodawcy 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 zarządkiem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

CZĘŚĆ D – POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU

Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (<i>należy zaznaczyć właściwe</i>)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) - oryginał dokumentu do wglądu	☐	☐	
2.	Kserokopia/skan dowodu osobistego-oryginał dokumentu do wglądu	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym(<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>)	☐	☐	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku</i>) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami; zaświadczenie powinno być wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim- oryginał dokumentu do wglądu	☐	☐	
6.	W przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności, ale dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. 10N, 12C) należy załączyć – zaświadczenie wystawione przez lekarza specjalistę potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia, jest dysfunkcja narządu ruchu (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku Nr 3 do wniosku)	☐	☐	
7.	Oferta cenowa kosztów uzyskania prawa jazdy /Dokumenty potwierdzające koszty poniesione na uzyskanie prawa jazdy	☐	☐	
8.	W przypadku, gdy wnioskodawca reprezentowany przez pełnomocnika: a) pełnomocnictwo poświadczone notarialnie, określające zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności, b) pisemne oświadczenie pełnomocnika (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4).	☐	☐	
9.	Szczegółowa kalkulacja kosztów dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzonego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca lub dokumenty świadczące o poniesieniu tych kosztów do 6 m-cy przed złożeniem wniosku (faktury VAT lub inne dokumenty księgowe) – o ile dotyczy	☐	☐	

10.	Dokumenty potwierdzające uczęszczanie do szkoły lub aktywność zawodową (np. potwierdzenie zatrudnienia, zaświadczenia ze szkoły).	☐	☐	
11.	Dokument potwierdzający prowadzenie działalności gospodarczej lub rolniczej	☐	☐	
12.	Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych	☐		
13.	Inne załączniki (należy wymienić):			
14.				

.....

(data)

.....

(podpis, pieczęć pracownika)

.....

(podpis wnioskodawcy)