



Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-I”**  
**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu**  
**„Aktywny samorząd”**

**Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową**  
**Obszar A – Zadanie nr 2 lub 3 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy**

**DANE WNIOSKODAWCY**

**ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu ruchu (wniosek A2) <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego (wniosek A3)
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu

**DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY**
 Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<b>Niezdolność do pracy:</b>	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
  - osoba głucha
  - osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
  - osoba niewidoma
  - osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
  - wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
  - dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

- nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
  - Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
  - poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
  - zatrudniony

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

<input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------	--

### OBECNIE WNIOSKODAWCA JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Przedszkole <input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> Zasadnicza Szkoła Zawodowa <input type="checkbox"/> Technikum <input type="checkbox"/> Liceum <input type="checkbox"/> Szkoła policealna <input type="checkbox"/> Kolegium <input type="checkbox"/> Studia I stopnia <input type="checkbox"/> Studia II stopnia <input type="checkbox"/> Studia magisterskie (jednolite) <input type="checkbox"/> Studia podyplomowe <input type="checkbox"/> Studia doktoranckie <input type="checkbox"/> Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi) <input type="checkbox"/> Szkoła doktorska <input type="checkbox"/> Uczelnia zagraniczna <input type="checkbox"/> Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE <input type="checkbox"/> Każda inna, jaka:
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**

tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:**

tak  nie

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:**

tak  nie

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:**

*Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.*

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

tak  nie

## UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

**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):**

 tak  nie

**Czy wnioskodawca uzyskał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc ze środków PFRON na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy:**

 tak  nie

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):**

*Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:*

*a) osobę zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2020 r. poz. 764), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876), a także,*

*b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).*

 tak  nie

## ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- firma handlowa  
 media  
 Realizator programu  
 PFRON  
 inne, jakie:

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

 indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

*Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: [przeciętny dochód z ha x liczba hektarów]/12/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.*

*Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument\_5\_Wyjasnienia\_dot\_ustalania\_wysokosci\_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.*

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

### PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2 lub 3

Nazwa pola	Zawartość
Kategoria prawa jazdy:	<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
Inna, jaka:	
Planowany termin kursu – Od dnia:	
Planowany termin kursu – Do dnia:	
Nazwa ośrodka:	
Adres ośrodka:	
Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca potrzebuje wsparcia tłumacza migowego celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i na egzaminie prawa jazdy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

### WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Koszty uzyskania prawa jazdy (kurs i egzaminy) w tym:		
<input type="checkbox"/> Koszty jazd doszkalających:		
<input type="checkbox"/> Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu oraz koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu:		
<i>Koszt zakwaterowania, wyżywienia i dojazdów dotyczy wyłącznie kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca. Do rozliczenia dofinansowania będą potrzebne faktury, bilety PKP II klasy, a w przypadku dojazdu samochodem - kalkulacja poniesionych kosztów - liczba kilometrów ogółem, zużycie paliwa na 100 km, cena paliwa.</i>		
<input type="checkbox"/> Koszty usług tłumacza migowego (dotyczy dofinansowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza migowego):		
<b>Razem:</b>		

**Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:**

**Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:**

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

### ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa

*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.*

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Data, pieczęć i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):	Data, pieczęć i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu: