

Data wpływu do PCPR w Koninie:.....

Nr sprawy:.....



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK „P” – część A

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.

### A2 – POMOC W UZYSKANIU PRAWA JAZDY KAT. B

#### 1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

#### DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Imię..... Nazwisko.....

PESEL ..... Data urodzenia .....f.

Płeć:      kobieta      mężczyzna      Stan cywilny:      wolna/y      zamężna/zonaty

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany przez

data wydania..... / ważny do .....

Nr telefonu:..... e' mail.....

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy.....  
(poczt)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

#### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy.....  
(poczt)

Miejscowość .....

ulica .....

Nr domu ..... Nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto < 5 tys. mieszkańców

miasto >= 5 tys mieszkańców

wieś

#### STAN PRAWNY DOT. 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 o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:      okresowo do dnia: .....      bezterminowo

#### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

01-U - upośledzenie umysłowe;  
02-P - choroby psychiczne;  
03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby  
słuchu;

06-E - epilepsja;  
07-S - choroby układu oddechowego i krążenia;  
08-T - choroby układu pokarmowego;

osoba głucha 04-O - choroby narządu wzroku; osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma 05-R - upośledzenie narządu ruchu; jednej kończyny górnej obu kończyn górnych jednej kończyny dolnej obu kończyn dolnych                      innym	09-M - choroby układu moczowo-płciowego; 10-N - choroby neurologiczne; dysfunkcja narządu ruchu osoba porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego 11-I - inne, 12 - C – całościowe zaburzenia rozwojowe dysfunkcja narządu ruchu
osoba nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego osoba porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego                      elektrycznego osoba porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego	

### AKTUALNY POZIOM EDUKACJI

GIMNAZJUM	TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	LICEUM	TECHNIKUM
SZKOŁA POLICEALNA	KOLEGIUM	STUDIA
INNA, jaka .....		nie dotyczy

### NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki .....

klasa/rok ..... Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo): ....., w skali: - (od 1 do 6) - innej, jakiej:.....

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia:..... nie dotyczy

bezrobotna/y                      poszukująca/y pracy                      **Należy dołączyć odpowiednie zaświadczenie z PUP**

Zatrudniony – okres: od dnia: ..... do dnia: .....

na czas nieokreślony.....                       na inny okres.....



**Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:**

Planowany termin kursu: .....

Nazwa i adres ośrodka:.....

.....

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

**Wnioskowana kwota dofinansowania**

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Wkład własny mim. 25% (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu i egzaminów			
<i>oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)</i>			
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu			
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu			
<b>Razem</b>			

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY:

NIE TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

**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. 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	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanego sprzętu)	

2) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	- tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie - tak 3 przyczyny niepełnosprawności
3) 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
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	- tak (1 osoba) - tak (więcej niż jedna osoba) - nie
5) 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. Proszę opisać <b>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</b>	
6) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?	- tak - nie

### **Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu PCPR w Koninie  **tak** -  **nie**,
- 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,
- 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.pcpr.konin.pl](http://www.pcpr.konin.pl)
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu:  **tak** -  **nie**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 25%** ceny brutto),
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  **tak** -  **nie**,
- 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,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna

osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

<p>..... dnia ..... /..... /20... r.</p>	<p>.....</p> <p><b>podpis Wnioskodawcy</b></p>
--	--

### 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

<b>Nazwa załącznika</b>		<b>WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU</b>		
		<i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		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) wydanego z powodu dysfunkcji narządu ruchu <b>(05-R)</b> W przypadku kodu <b>10-N</b> lub <b>12-C</b> należy dołączyć zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu			
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym			
3.	Kserokopia profilu kierowcy			
4.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu			
5.	Oświadczenie pełnomocnika			
6.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej			
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny			
8.	Zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu			
9.	Zaświadczenie Powiatowego Urzędu Pracy o rejestracji (bezrobotny/poszukujący zatrudnienia)			
10.	Oferta cenowa/kosztorys			
11.	Inne załączniki (należy wymienić):			
12.				
13.				