

Data wpływu:

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
MODUŁ I- Obszar A- Zadanie 3

pomoc w uzyskaniu prawa jazdy dla osób z dysfunkcją narządu słuchu

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.

INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Imię i nazwisko..... data urodzeniar.
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez..... ważny do Płeć: kobieta mężczyzna
PESEL
Stan cywilny: wolna/y zamężna/zonaty

Gospodarstwo domowe samodzielne (osoba samotna) wspólne

Kontakt telefoniczny: nr telefonu..... nr tel. komórkowego:.....
e-mail (o ile dotyczy):

miejsce zamieszkania pobyt stały (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)

Kod pocztowy - ulica
miejscowość

Nr domu nr lok. województwo

miejsce zameldowania (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy - ulica
miejscowość

Nr domu nr lok. województwo

stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)

- | | | |
|---|--|---|
| <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: okresowo do dnia: bezterminowo

rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z MZON lub PZON)			
<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 narząd wzroku
<input type="checkbox"/> 05- R narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11- I inne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
Dysfunkcja obu kończyn górnych			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja obu kończyn dolnych			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja jednej kończyny górnej			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja jednej kończyny dolnej			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu wzroku			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu słuchu			<input type="checkbox"/>
Inne przyczyny			<input type="checkbox"/>
Wnioskodawca jest osobą głuchą			<input type="checkbox"/>
Wnioskodawca posiada trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy			<input type="checkbox"/>
Wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego			<input type="checkbox"/>
Wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie			<input type="checkbox"/>
Wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej)			<input type="checkbox"/>

Dochód gospodarstwa domowego	
Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił (zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku)	zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi	osób

Aktywność zawodowa/zatrudnienie osoby ubiegającej się o pomoc	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	<input type="checkbox"/>
Umowa cywilnoprawna	<input type="checkbox"/>
Staż zawodowy	<input type="checkbox"/>
Działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/>
Inny, jaki:.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> na czas określony od dnia..... do dnia.....	<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy	

Rejestracja w Urzędzie Pracy		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach		<input type="checkbox"/>
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach		<input type="checkbox"/>

wykształcenie wnioskodawcy	
<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne jakie:	

aktualnie realizowany etap kształcenia		
<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa	<input type="checkbox"/> liceum	<input type="checkbox"/> technikum
<input type="checkbox"/> szkoła policealna	<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> studia doktoranckie
<input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> inne jakie
<input type="checkbox"/> Staż zawodowy w ramach programów UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych			TAK <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca (podopieczny) korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) w tym poprzez PCPR lub OPS)			NIE <input type="checkbox"/>
Przedmiot dofinansowania – co zostało zakupione ze środków PFRON	Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia	Numer i data zawarcia umowy	Kwota otrzymanego dofinansowania
Łącznie			
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:			
.....			
Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął			

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.

Cel szczegółowy programu: *Przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcia w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych*

1) 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)

UWAGA

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.

2) 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

UWAGA

W miarę możliwości wykazania, każdą podaną we wniosku 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.

Oświadczam, że:

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: www.pfron.org.pl , a także pod adresem: www.goin.gliwice.pl .	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wynoszącego co najmniej 25% ceny brutto kosztów uzyskania prawa jazdy.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

- 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.
- Nie ubiegam się i nie będę ubiegać się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
- Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne zmiany, 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.
- 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 może nastąpić na rachunek Wnioskodawcy lub też na rachunek usługodawcy na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Gliwice dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

WAŻNE

- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018, poz. 511, ze zmianami.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.
- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU ORAZ DODATKOWE

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU			
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego				
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)				
3	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu				
4	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) – o ile dotyczy				
5	Oferta cenowa zawierająca termin rozpoczęcia kursu				
DODATKOWE ZAŁĄCZNIKI (NALEŻY WYMIENIĆ):					
1.	Zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie				
2.	Dokument potwierdzający poniesienie w 2018r lub 2019r szkody w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych				
3					
4					