



POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE

Nr sprawy:
RS-441-AS-



Program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu 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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

<input type="checkbox"/> Moduł I	
<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B
<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3	<input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne
<input type="checkbox"/> Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej	

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez..... Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą)	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą)
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu nr lok. Powiat	Nr domu nr lokalu
Województwo	Powiat
<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś	Województwo

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:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<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: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		

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:

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O	Lewe oko:	Prawe oko:
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):.....	Ostrość wzoru (w korekcji):.....
<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y poszukująca/y pracy nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:

na czas nieokreślony inny, jaki:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

Nr NIP:

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

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 – dotyczy Modułu I

<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"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w latach 2015-2018 w tym poprzez PCPR lub MOPS?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
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 uzyskane dofinansowanie:							

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, zgodnie z ust. 31 pkt 33 dokumentu „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku”.

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I

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 potrzebe powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku (opisać związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu - zawartych w rozdziale V założeń pilotażowego programu „Aktywny samorząd”)

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>2) 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.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) 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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać oraz dołączyć do wniosku w formie załącznika):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6) 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. (Wniosek uzyska punkty w ocenie merytorycznej wyłącznie w przypadku, gdy podane informacje zostaną udokumentowane).</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać oraz dołączyć do wniosku w formie załącznika):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7) Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017r. lub 2018r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (Wniosek uzyska punkty w ocenie merytorycznej wyłącznie w przypadku, gdy podane informacje zostaną udokumentowane).</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać oraz dołączyć do wniosku w formie załącznika):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania/refundacji - Moduł I/Obszar A/Zadanie 2

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

Dofinansowanie/refundacja kosztów uzyskania prawa jazdy:

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, ceny paliwa) itp.:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty uzyskania prawa jazdy:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt kursu		
Koszt egzaminu		
<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		
Razem		

6. Informacje uzupełniające**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

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- nie ubiegam się i nie będę** w bieżącym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- 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, a także: www.pcpr.powiat.krakow.pl
- posiadam** środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego **co najmniej 25%** kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B,
- w okresie ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek **nie uzyskałam(em)** pomocy ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B,
- 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,

7. **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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
9. **przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
10. **nie posiadam** wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz wobec Realizatora programu.

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 /..... /2018 r.

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 9-12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK PCPR - REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku</i>) - wypełnione i podpisane przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku osób niepełnosprawnych, z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym – symbol orzeczenia:10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych – symbol orzeczenia 12-C). Zaświadczenie lekarza specjalisty (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku) potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – zaświadczenie o zatrudnieniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dokumenty, o których mowa w specyfikacji (punkt 4), będące podstawą kalkulacji dofinansowania do kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B - (<i>faktura proforma</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dokumenty, potwierdzające wysokość poniesionych kosztów (w okresie do 180 dni przed złożeniem wniosku) – podpisane przez wnioskodawcę faktury VAT za zakupione towary lub usługi, a w przypadku gdy nie jest możliwe wystawienie faktury VAT innych dokumentów wraz z dowodami zapłaty – dotyczy refundacji .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	