



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                                   |
|------------------------------|---------------------------------------------|
| Wnioskodawca składa wniosek: | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu |

**DANE WNIOSKODAWCY**

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola      | Zawartość                                                           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć            | <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:        |                                                                                                                                                      |
| Pocztą:              |                                                                                                                                                      |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców<br><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców<br><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: |           |
| Pocztą:       |           |

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                                                           | Zawartość                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności: | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                              |
| Stopień niepełnosprawności:                                          | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                        |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:                  | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:                                                                                                                                                                                                                     |
| Numer orzeczenia:                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Grupa inwalidzka:                                                    | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                       |
| Niezdolność do pracy:                                                | <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy<br><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy<br><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

| <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe                                                                    |                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa pola                                                                                                                                                                                                                          | Zawartość                                                                    |
| 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: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                    |
| Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy<br><input type="checkbox"/> nieaktywna/y zawodowo<br><input type="checkbox"/> bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)<br>Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):<br><input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> Przedszkole<br><input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa<br><input type="checkbox"/> Zasadnicza Szkoła Zawodowa<br><input type="checkbox"/> Technikum<br><input type="checkbox"/> Liceum<br><input type="checkbox"/> Szkoła policealna<br><input type="checkbox"/> Kolegium<br><input type="checkbox"/> Studia I stopnia<br><input type="checkbox"/> Studia II stopnia<br><input type="checkbox"/> Studia magisterskie (jednolite)<br><input type="checkbox"/> Studia podyplomowe<br><input type="checkbox"/> Studia doktoranckie<br><input type="checkbox"/> Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)<br><input type="checkbox"/> Szkoła doktorska<br><input type="checkbox"/> Uczelnia zagraniczna |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- ☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- ☐ 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 proponowanego 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 zamieszkującą 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:  $[\text{przeciętny dochód z ha} \times \text{liczba hektarów}] / 12 / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .

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<br><input type="checkbox"/> B1<br><input type="checkbox"/> B+E<br><input type="checkbox"/> C<br><input type="checkbox"/> C+E<br><input type="checkbox"/> C1<br><input type="checkbox"/> C1+E<br><input type="checkbox"/> D<br><input type="checkbox"/> D+E<br><input type="checkbox"/> D1<br><input type="checkbox"/> D1+E<br><input type="checkbox"/> T<br><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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                                         |
| <b>Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |                                         |
| <b>Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                                         |

### 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 |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

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