

**SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA  / REFUNDACJI  - Modułu I Obszar A**

**Zadanie 2** - dot. dysfunkcji narządu ruchu      **lub**       **Zadanie 3** - dot. dysfunkcji narządu słuchu

**Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii:**

<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 kategoria, jaka:			

Wnioskodawca posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem:  NIE       TAK

Dla Wnioskodawcy celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego (oświadczenie/zapotrzebowanie Wnioskodawcy):  NIE       TAK

<b>Koszty uzyskania prawa jazdy: *</b>	<b>Cena brutto w zł</b>	<b>25% wkład własny</b>	<b>Kwota wnioskowana w zł</b>
Koszt kursu prawa jazdy			
Koszt egzaminu teoretycznego:			
Koszt egzaminu praktycznego:			
Koszt usług tłumacza migowego – w przypadku Zadania 3:			
<b>Razem:</b>			

\* Koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy oraz jazdy doszkalające (z wyłączeniem kategorii A, A1, A2 i AM)

Termin kursu: .....

Nazwa i adres ośrodka:.....

**Informacje uzupełniające**

**1. 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 .....

**2. Czy wnioskodawca w 2018 lub w 2019 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych**       TAK       NIE

## DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mają zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i w przypadku refundacji.

Rachunek bankowy (imię i nazwisko) .....

Numer rachunku bankowego:

□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
----	------	------	------	------	------	------

Nazwa banku .....

**W celu uniknięcia pomyłki rekomendujemy dołączenie danych rachunku w formie wydruku!!!**

## 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:

1) nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku bieżącym o środki finansowe na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego);

2) 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;

3) zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pcpr-przasnysz.pl](http://www.pcpr-przasnysz.pl)

4) 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,

5) 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,

6) w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  TAK -  NIE,

7) posiadam środki na udział własny (o ile dotyczy),

8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury vat lub na rachunek bankowy sprzedawcy przedmiotu dofinansowania/ usługodawcy.

9) Wybór sprzedawcy przedmiotu dofinansowania lub usługodawcy należy do 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 zm.), 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.

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

**podpis Wnioskodawcy**

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dolączone do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku</i> ) - wypełniona 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.	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia/skan zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców, potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, wypełnione czytelnie w języku polskim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie o potrzebie korzystania z usług tłumacza języka migowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<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"/>	