



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**

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY  
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

| Nazwa pola                   | Zawartość                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wnioskodawca składa wniosek: | <input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu ruchu (wniosek A2)<br><input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego (wniosek A3) |
| Wnioskodawca składa wniosek: | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako pełnomocnik                                                                                                                                      |
| Imię:                        |                                                                                                                                                                                                                               |
| Drugie imię:                 |                                                                                                                                                                                                                               |
| Nazwisko:                    |                                                                                                                                                                                                                               |
| PESEL:                       |                                                                                                                                                                                                                               |
| Data urodzenia:              |                                                                                                                                                                                                                               |
| Płeć:                        | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna                                                                                                                                                           |
| Nr telefonu:                 |                                                                                                                                                                                                                               |
| Adres e-mail:                |                                                                                                                                                                                                                               |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola           | Zawartość                                                                                                                                            |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Województwo:         |                                                                                                                                                      |
| Powiat:              |                                                                                                                                                      |
| Ulica:               |                                                                                                                                                      |
| Nr domu:             |                                                                                                                                                      |
| Nr lokalu:           |                                                                                                                                                      |
| Miejscowość:         |                                                                                                                                                      |
| 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 |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**
☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola    | Zawartość |
|---------------|-----------|
| Województwo:  |           |
| Powiat:       |           |
| Gmina:        |           |
| Ulica:        |           |
| Nr domu:      |           |
| Nr lokalu:    |           |
| Miejscowość:  |           |
| Kod pocztowy: |           |
| Pocztą:       |           |

**DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

☐ Nie dotyczy

| Nazwa pola      | Zawartość                                                           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię:           |                                                                     |
| Drugie imię:    |                                                                     |
| Nazwisko:       |                                                                     |
| PESEL:          |                                                                     |
| Data urodzenia: |                                                                     |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

**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  
☐ 10-N – choroby neurologiczne  
☐ 11-I – inne  
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

| Nazwa pola                                                                                                                                                                                                                                 | Zawartość                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>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:</b> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                    |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny |

**AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY**

- ☐ nie dotyczy  
☐ nieaktywna/y zawodowo  
☐ bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)  
     Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):  
☐ poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)  
☐ 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**

- ☐ Nie dotyczy  
☐ Przedszkole  
☐ Szkoła podstawowa  
☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa  
☐ Technikum  
☐ Liceum  
☐ Szkoła policealna  
☐ Kolegium  
☐ Studia I stopnia  
☐ Studia II stopnia  
☐ Studia magisterskie (jednolite)  
☐ Studia podyplomowe  
☐ Studia doktoranckie  
☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)  
☐ Szkoła doktorska  
☐ 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 ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (...) w 2021 r.”.

**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 zaproponowanego 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 zamieszkujejącą 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 rozbiorów 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 111), 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 2019 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 23 września 2020 r. - M.P. 2020, poz. 852), według wzoru:  $[(3.244 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .*

☐ 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kategoria prawa jazdy:</b>                                                                                                       | <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 |
| <b>Inna, jaka:</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Planowany termin kursu – Od dnia:</b>                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Planowany termin kursu – Do dnia:</b>                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nazwa ośrodka:</b>                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Adres ośrodka:</b>                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:</b>                                                   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Wnioskodawca potrzebuje wsparcia tłumacza migowego celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i na egzaminie prawa jazdy:</b> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**WNISKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA**

| Przedmiot pomocy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Cena brutto (w zł) | Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Koszty uzyskania prawa jazdy (kurs i egzaminy):                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu oraz koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu:                                                                                                                                                                    |                    |                                         |
| <i>Powyższy koszt 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"/> Kosztyjazd doszkalających:                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                                         |
| <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 WNISKODAWCY**

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 |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

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