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

(dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy z wyłączeniem kategorii A)

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii:

☐**B** ☐**B_1** ☐**B+E** ☐**C** ☐**C+E** ☐**C_1** ☐**C_1+E** ☐**D** ☐**D+E** ☐**D_1** ☐**D_1+E** ☐**T** ☐ inna kategoria (jaka?)....

Planowany termin kursu: ....., nazwa i adres ośrodka:.....

.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszkam: ☐ 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)**	Maksymalna kwota dofinansowania
Koszt kursu i egzaminów kategoria B			2.100,00zł
Koszt kursu i egzaminów pozostałe kategorie			3.500,00zł
oraz o ile dotyczy *(tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)*			
Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu			800,00zł
Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu			
Razem			

6. Informacje uzupełniające

☐ Uzyskałem wcześniej pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) w pokryciu kosztów uzyskania prawa jazdy w ramach programu/programów .....

.....w .....roku

☐ Nie uzyskałem wcześniej pomocy w w/w zakresie.

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 w bieżącym roku ubiegał się** odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego powiatu);
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 przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl;
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 25 %** ceny brutto),
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących

załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPS w Tychach oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;

6. 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, 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.

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.

Tychy, dn. ……201..r. **Podpis Wnioskodawcy: ……**

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego– oryginał do wglądu	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał **kalendarzowy poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**	☐	☐	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez administratora danych tj. samorząd powiatowy oraz o wyrażeniu zgody na udostępnienie danych osobowych przez MOPS w Tychach do PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały ujęte we wniosku	☐	☐	
4.	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	☐	☐	
5.	***W sytuacji gdy dysfunkcja ruchu nie jest jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności*** **-** zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające istnienie dysfunkcji ruchu, która jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń, wystawione nie wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	☐	☐	
6.	Imienna oferta cenowa	☐	☐	
	Inne załączniki (wymienić jakie):	☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, co następuje:
(***proszę zakreślić ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

☐	następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenie o niepełnosprawności (np. symbol orzeczenia 10-N, 12-C) jest dysfunkcja narządu ruchu.	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	pacjent posiada ubytek słuchu powyżej 70 db	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	żadne z powyższych (inna dysfunkcja)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

....., dnia .....
(miejscowość) *data)*

.....
pieczątka, nr_ i podpis lekarza

Uwaga: Zaświadczenie ważne 120 dni od daty wystawienia