Imię i nazwisko Wnioskodawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - (A3)

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy 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, a także koszt usług tłumacza języka migowego.

|  |
| --- |
| **Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii**: |
|  **B B1** |  **B+E** |  **C** |  **C+E** |  **C1** |
|  **C1+E**  |  **D**  |  **D+E** |  **D1** |  **D1+E**  |
|  **T**  |  **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  |
| Planowany 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.:* ………………................................................................................................................................................................................ |

**II. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Koszty uzyskania prawa jazdy:** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)**  |
| Koszt kursu i egzaminów |  |  |
| Koszt usług tłumacza migowego |  |  |
| ***oraz o ile dotyczy*** *(tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)* |
| Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu  |  |  |
| Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu |  |  |
| **Razem** |  |  |

**III. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY: NIE TAK w ............ roku w ramach …………………………………………………………………………… |

Oświadczam, że:

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatowego w Myślenicach **[ ] tak [ ] nie**
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](http://www.pfron.org.pl), a także: www.pcpr.myslenicki.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy: **[ ] tak - [ ] nie,**
5. 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,
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **[ ] tak - [ ] nie,**
8. zostałam/łem poinformowana/ny, iż maksymalna kwota dofinansowania w Obszarze A zadanie 2
i 3 może wynieść – 4 800 zł (w tym: dla kosztów kursu i egzaminów kategorii B – 2 100 zł, dla kosztów kursu i egzaminów pozostałych kategorii – 3 500 zł, dla pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy
w przypadku kursu poza miejscem zamieszkania - 800 zł, dla kosztów usług tłumacza migowego – 500 zł).
9. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy;
10. zostałam/łem poinformowana/ny, iż refundacja kosztów związanych z uzyskania prawa jazdy może dotyczyć kosztów poniesionych do 180 dni przed dniem złożeniem wniosku;
11. 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 i/lub mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca. Wiarygodność odcisku potwierdza pracownik socjalny z rejonu wypisując obok imię i nazwisko Wnioskodawcy oraz umieszczając swoją pieczątkę imienną i 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 i/lub czytać.

Myślenice, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czytelny podpis wnioskodawcy

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **……............., dnia ……….…**

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A3)

 - ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……........................................................................................

 PESEL

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) |  |
|  | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha lewego |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha prawego | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |