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

1. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA (A2)

Przez koszty uzyskania prawa jazdy rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B 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.

|  |
| --- |
| Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:  Planowany termin kursu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazwa i adres ośrodka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: [ ] NIE ; [ ] TAK  Planowany środek transportu na miejsce prowadzenia kursu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, np. oferta firmy (jakiej), informacje na stronie internetowej www (jakiej), dla kosztów dojazdu: cennik PKP – pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby km ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Wnioskowana kwota dofinansowania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Koszty uzyskania prawa jazdy | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
| Koszt kursu i egzaminów |  |  |
| *oraz i 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: |  |  |

1. 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 prawda oraz przyjmuje do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam/łem się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam/łem do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) jak również [www.pcpr.myslenicki.pl](http://www.pcpr.myslenicki.pl)
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam/łem pomoc ze środków PFRON ( w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu **[ ] TAK ; [ ] NIE**
5. przyjmuje do widomości i stosowania, ze ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
6. w ciągu ostatnich 3 lat byłem/łam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej   
   z przyczyn leżących po mojej stronie **[ ] TAK ; [ ] NIE**
7. przyjmuje 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 spełnienie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy
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 LUB PRAKTYKI LEKARSKIEJ DATA WYSTAWIENIA

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

***PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE W JĘZYKU POLSKIM, DRUKOWANYMI LITERAMI***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ....................................................................................................................................
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): ..................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym  zakresie: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych  /obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej  i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej  i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej  i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Brak obu kończyn górnych,  na wysokości/od:................................................................. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..................................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenia:.................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

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

(miejscowość) (data) (pieczątka, nr i podpis lekarza)