



Pieczęć PCPR wraz z datą wpływu

Nr sprawy:

Wypełnia Realizator programu

## WNIOSEK- MODUŁI: Obszar A *wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu* o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

### Zadanie 3: POMOC W UZYSKANIU PRAWA JAZDY

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

#### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

##### DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Data urodzenia.....r.

Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
przez.....

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....

Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

##### ADRES DO KORESPONDENCJI

*wpisać jeżeli jest inny niż adres podany w kolumnie „Miejsce zamieszkania”*

Kod pocztowy   -    .....  
(poczta)

Miejscowość.....

Ulica.....

Nr domu ..... nr lok. ....

Powiat .....

Województwo.....

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier. ....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e-mail (o ile dotyczy): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

- firma handlowa  - media  - Realizator programu  - PFRON  - inne, jakie:

### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**NARZĄD SŁUCHU 03-L**, w efekcie której osoba niepełnosprawna komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi

**INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (należy zaznaczyć właściwy kod/symbol):

<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie	<input type="checkbox"/> 05-R choroby narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe Zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	

### AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia: .....  bezrobotna/y  poszukująca/y pracy  nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: .....

na czas nieokreślony  inny, jaki: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony nie krótszy niż 3 miesiące

umowa cywilnoprawna, zawarta na okres nie krótszy niż 6 miesięcy

staż zawodowy

Nazwa pracodawcy: .....

Adres miejsca pracy: .....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....

działalność gospodarcza

Nr NIP: .....

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr ....., dokonanego w urzędzie: .....

inna, jaka i na jakiej podstawie: .....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

**OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ**

<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		

**NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA**

Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....

Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPS?      tak       nie

Nazwa zadania, w ramach którego udzielono wsparcia	Przedmiot dofinansowania	Wysokość dofinansowania i data udzielenia pomocy

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

### 3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Uzasadnienie wniosku (<b>należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego</b>)</p>	<p>.....                  .....                  .....                  .....                  .....                  .....                  .....</p>
<p>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)?                  Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności  <input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności  <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) 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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?</p>	<p><input type="checkbox"/>- nie <input type="checkbox"/>- nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać):                  .....                  .....                  .....                  .....</p>
<p>5) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skonstruowana z innymi miejscowościami, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, wnioskodawca został poszkodowany w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych w 2017 lub 2018 roku.  <b>(Podane informacje należy udokumentować)</b></p>	<p>.....                  .....                  .....                  .....                  .....                  .....                  .....</p>
<p>6) Czy wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i na dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?  <b>(załącznik o dochodzie)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Przez koszty uzyskania prawa jazdy rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy oraz koszty uzyskania prawa jazdy, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzonego poza miejscowością, w której mieszka wnioskodawca

##### Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

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

Kurs dotyczy kategorii (za wyjątkiem A,A1,A2,AM).....

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.

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

#### 6. Informacje uzupełniające

**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 .....

##### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Imię i nazwisko

numer rachunku bankowego:

-     -     -     -     -     -

nazwa banku

**Uwaga!** Należy wskazać dane rachunku bankowego Wnioskodawcy lub wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym poprzez przedłożenie dokumentu potwierdzającego posiadanie danego konta.

**Oświadczam, że:**

1. 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,
2. Zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pcpr.bip.klodzko.pl](http://www.pcpr.bip.klodzko.pl),
3. 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.
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 spełnienie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy.
5. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT. (przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy na podstawie przedstawionej i podpisanej przez wnioskodawcę faktury VAT).
6. Posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy,
7. W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy:  **tak**  **nie**
8. W okresie ostatnich 3 lat nie byłam(em) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
9. Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON- za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
10. Środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego wydanego z powodu dysfunkcji narządu słuchu 03-L, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza migowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie o zatrudnieniu wnioskodawcy- dotyczy osób zatrudnionych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 60 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Faktura proforma określająca koszt kursu i egzaminów, oraz ew. koszty dodatkowe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (wymienić jakie):	<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"/>	

*Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*  
**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

**Deklaracja bezstronności**

**Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy (zgodność reprezentacji Wnioskodawcy lub jego podopiecznego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../...../ 20.... r.

**Weryfikacja formalna wniosku:**       **pozytywna**       **negatywna**

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....  
 - tak    - nie dotyczy

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia  - tak    - nie

*pieczęć imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

*data, podpis:*

*pieczęć imienna Dyrektora PCPR w Kłodzku*

*data, podpis:*

**Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../...../ 20..... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../...../ 20..... r. (o ile dotyczy)**

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie



## KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

I	KRYTERIA OCENY WNIOSKU – punktacja stała	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku
<b>1</b>	<b>Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:</b>			
a)	stopień niepełnosprawności <i>(jeden stopień do wyboru)</i>	znacznego (I grupa inwalidzka)	10	<b>20</b>
		umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5	
b)	osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		5	
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niewidzące		5	
c)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		5	
d)	występuje niepełnosprawność <b>sprzężona</b> (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) – inna niż wymieniona w lit a-c		5	
<b>2</b>	<b>Aktywność zawodowa:</b>			
a)	osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia) lub osoba aktywna zawodowo, jednocześnie podnosząca kwalifikacje zawodowe lub działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo aktywnie poszukująca pracy		55	<b>55</b>
<b>3</b>	<b>Aktualnie realizowany etap kształcenia:</b>			
a)	Osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski)		20	<b>20</b>
b)	Osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie)		15	
c)	Osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę)		10	
d)	Osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej		5	
<b>4</b>	<b>Miejsce zamieszkania osoby realizującej obowiązek szkolny</b>			
a)	Wieś i miasto do 5 tys. Mieszkańców		5	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Inne kryteria:</b>			
a)	Wnioskodawca <b>nie otrzymał dotąd</b> dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem		5	<b>40</b>
b)	Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu		5	
c)	Szczególne utrudnienia Wnioskodawcy ( pkt 3.5 wniosku), uzasadnione załączoną dokumentacją		15	
d)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia		10	
e)	Dotyczy wyłącznie Obszaru C Zadanie nr I- Wnioskodawca zamierza zakupić wózek typu skuter		-20	
f)	Wniosek był kompletny w dniu przyjęcia		5	
<b>II. RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 4)</b>			<b>maksymalnie 140</b>	.....
<b>III. Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: .....</b>				

Data przekazania wniosku do opinii eksperta ...../ ...../ 20..... r. (o ile dotyczy)





Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Załącznik nr 1 do formularza  
wniosku w ramach pilotażowego  
programu „Aktywny samorząd”

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

**Przez pojęcie wspólne gospodarstwo domowe**- należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

Ja niżej podpisany(a).....zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

**niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:**

		Przeciętny miesięczny dochód, obliczony za kwartał, poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek.
1.	Wnioskodawca .....	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy- <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą :</b>		x
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
RAZEM		

**Oświadczam, także że:**

1) przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi  
.....zł.

( słownie złotych:.....)

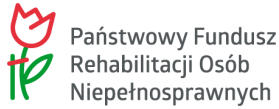
2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....20.....r.  
*miejsowość*

.....  
*podpis Wnioskodawcy*

**Uwaga:**

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Załącznik nr 2 do formularza wniosku  
w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny Samorząd”

### **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd” – Moduł I - na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kłodzku przy ul. Kościuszki 2 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji programu. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w programie „Aktywny samorząd” – Moduł I.

.....  
(imię i nazwisko)\*  
.....

(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kłodzku przy ul. Kościuszki 2 (administrator danych) w celach związanych z realizacją programu „Aktywny samorząd” – Moduł I, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....  
(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)

\* oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie – inne pełnoletnie osoby, których dane osobowe zostały przekazane do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłodzku przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie (np. w dokumentach potwierdzających uzyskiwane dochody)