



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**

DANE WNIOSKODAWCY

ROLA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> dla osoby z dysfunkcją narządu ruchu (wniosek A2) <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

DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

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

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY
 Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <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 <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
------------------------------	---

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

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

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY

<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> nieaktywna/y zawodowo <input type="checkbox"/> bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy) Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach): <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony) <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Przedszkole <input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> Zasadnicza Szkoła Zawodowa <input type="checkbox"/> Technikum <input type="checkbox"/> Liceum <input type="checkbox"/> Szkoła policealna <input type="checkbox"/> Kolegium <input type="checkbox"/> Studia I stopnia <input type="checkbox"/> Studia II stopnia <input type="checkbox"/> Studia magisterskie (jednolite) <input type="checkbox"/> Studia podyplomowe <input type="checkbox"/> Studia doktoranckie <input type="checkbox"/> Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi) <input type="checkbox"/> Szkoła doktorska <input type="checkbox"/> Uczelnia zagraniczna <input type="checkbox"/> Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE <input type="checkbox"/> 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
Razem uzyskane dofinansowanie:	

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 definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

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, wydany na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek 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, 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 roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: [przeciętny dochód z ha x liczba hektarów]/12/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument_5_Wyjasnienia_dot_ustalania_wysokosci_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla

naboru.

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
Kategoria prawa jazdy:	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B+E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> C+E <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C1+E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D+E <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D1+E <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Inna
Inna, jaka:	
Planowany termin kursu – Od dnia:	
Planowany termin kursu – Do dnia:	
Nazwa ośrodka:	
Adres ośrodka:	
Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wnioskodawca potrzebuje wsparcia tłumacza migowego celem prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i na egzaminie prawa jazdy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> Koszty uzyskania prawa jazdy (kurs i egzaminy) w tym:		
<input type="checkbox"/> Koszty jazd doszkalających:		
<input type="checkbox"/> Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu oraz koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu:		
<i>Koszt zakwaterowania, wyżywienia i dojazdów 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"/> Koszty usług tłumacza migowego (dotyczy dofinansowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza migowego):		
Razem:		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

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
1	Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne)
2	Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia/skan 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
3	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW,
2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem oświadczeń, które załączasz w oryginale.

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwać cię do okazania oryginału dokumentu.

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

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

Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Na podstawie Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach informuje, że

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chojnicach przy ul. Piłsudskiego 30, oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie Al. Jana Pawła II 13 zwany dalej Administratorem.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować telefonicznie – tel.604-080-935 lub poprzez e-mail:inspektor25052018@gmail.com we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego, wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy, jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Podstawą przetwarzania danych osobowych może być również zgoda.
5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, nie podanie danych skutkuje pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia i jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jej zawarcie.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy z siedzibą w Chojnicach ul. Piłsudskiego 30 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie Al. Jana Pawła II 13 w celu realizacji wniosku .
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

2024

MODUŁ I - OBSZAR A - Zadanie 2

POMOC W UZYSKANIU PRAWA JAZDY

WARUNKI UCZESTNICTWA:

- wiek aktywności zawodowej
- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności
- dysfunkcja narządu ruchu

DOFINANSOWANIE LUB REFUNDACJA KOSZTÓW: (max. 90%)

maksymalna kwota dofinansowania:

- dla kosztów kursu i egzaminów prawa jazdy kat. B – 2.310 zł,
- dla kosztów kursu i egzaminów prawa jazdy pozostałych kategorii – 3.850 zł,
- dla pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania wnioskodawcy (koszty związane z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu) – 880 zł,

Refundacja może dotyczyć kosztów poniesionych do 180 dni przed złożeniem wniosku.

UDZIAŁ WŁASNY: 10% ceny brutto zakupu/usługi

CZĘSTOTLIWOŚĆ UDZIELANIA POMOCY: co 3 lata, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy

PRAWO JAZDY – należy przez to rozumieć dokument wydany przez odpowiednie organy państwowe, potwierdzający uprawnienia jego posiadacza do prowadzenia pojazdów mechanicznych, z wyłączeniem kategorii: A, A1, A2 i AM; warunkiem uzyskania prawa jazdy jest w myśl art. 11 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami m.in. uzyskanie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem określonej kategorii;

DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU – należy przez to rozumieć dysfunkcję stanowiącą podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C), mogą zostać pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym pod warunkiem, że wnioskodawca dołączy do wniosku zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu;

KOSZTY KURSU I EGZAMINÓW – należy przez to rozumieć koszty związane z uczestnictwem osoby niepełnosprawnej w kursie i przeprowadzeniem egzaminu, w tym także wszelkie opłaty z nimi związane oraz jazdy doszkalające;

2024

MODUŁ I - OBSZAR A - Zadanie 3

POMOC W UZYSKANIU PRAWA JAZDY

WARUNKI UCZESTNICTWA:

- wiek aktywności zawodowej
- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności
- dysfunkcja narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego

DOFINANSOWANIE LUB REFUNDACJA KOSZTÓW: (max. 90%)

maksymalna kwota dofinansowania:

- dla kosztów kursu i egzaminów prawa jazdy kat. B – 2.310 zł,
- dla kosztów kursu i egzaminów prawa jazdy pozostałych kategorii – 3.850 zł,
- dla pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania wnioskodawcy (koszty związane z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu) – 880 zł,
- dla kosztów tłumacza języka migowego – 550 zł,

Refundacja może dotyczyć kosztów poniesionych do 180 dni przed złożeniem wniosku.

UDZIAŁ WŁASNY: 10% ceny brutto zakupu/usługi

CZĘSTOTLIWOŚĆ UDZIELANIA POMOCY: co 3 lata, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy

PRAWO JAZDY – należy przez to rozumieć dokument wydany przez odpowiednie organy państwowe, potwierdzający uprawnienia jego posiadacza do prowadzenia pojazdów mechanicznych, z wyłączeniem kategorii: A, A1, A2 i AM; warunkiem uzyskania prawa jazdy jest w myśl art. 11 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami m.in. uzyskanie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem określonej kategorii;

DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU W STOPNIU WYMAGAJĄCYM KORZYSTANIA Z USŁUG TŁUMACZA MIGOWEGO – należy przez to rozumieć dysfunkcję narządu słuchu stanowiącą powód wydania orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, w efekcie której osoba niepełnosprawna komunikuje się z otoczeniem metodami wspomagającymi/alternatywnymi, a dla prawidłowej komunikacji w trakcie kursu i egzaminu na prawo jazdy, zgodnie z oświadczeniem/zapotrzebowaniem wnioskodawcy, niezbędne jest wsparcie w formie usługi tłumacza migowego;

KOSZTY KURSU I EGZAMINÓW – należy przez to rozumieć koszty związane z uczestnictwem osoby niepełnosprawnej w kursie i przeprowadzeniem egzaminu, w tym także wszelkie opłaty z nimi związane oraz jazdy doszkalające;