

Wniosek złożono w PCPR w Sokółce
w dniu:

Nr sprawy: **PCPR 8219/ASI-1/___/2019**



Wniosek „P” – o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”. Wnioskodawca wypełnia w swoim imieniu.

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

Moduł I

Obszar A – Zadanie nr 1

pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu/ dysfunkcja narządu ruchu

Obszar A – Zadanie nr 2

pomoc w uzyskaniu prawa jazdy/ dysfunkcja narządu ruchu

Obszar A – Zadanie nr 3

pomoc w uzyskaniu prawa jazdy/ dysfunkcja narządu słuchu

Obszar A – Zadanie nr 4

pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu/ dysfunkcja narządu słuchu

Obszar B – Zadanie nr 1

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania/ dysfunkcja narządu wzroku lub obu kończyn górnych

Obszar B – Zadanie nr 2

dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania

Obszar B – Zadanie nr 3

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania/ dysfunkcja narządu wzroku

Obszar B – Zadanie nr 4

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania/ dysfunkcja narządu słuchu i trudności w komunikowaniu się za pomocą mowy

Obszar B – Zadanie nr 5

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, zakupionego w ramach programu

Obszar C – Zadanie nr 1

pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

Obszar C – Zadanie nr 2

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

Obszar C – Zadanie nr 3

pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

Obszar C – Zadanie nr 4

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

Obszar C – Zadanie nr 5

pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola:

DANE PERSONALNE	
Imię Nazwisko Data urodzenia r.	
Dowód osobisty seria numer wydany w dniu r.	
przez Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne (osoba samotna) <input type="checkbox"/> wspólne	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały Kod pocztowy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(poczta)</small> Miejscowość Ulica Nr domu nr m. Powiat Województwo	Dane kontaktowe: nr kier. ...nr telefonu..... nr tel. komórkowego:..... e-mail (o ile dotyczy):

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i 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 inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
Orzeczenie ważne: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):		
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<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

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

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

Nazwa pracodawcy:

na czas nieokreślony inny, jaki:

Adres miejsca pracy:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

do potwierdzenia zatrudnienia:

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

działalność gospodarcza

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

Nr NIP:

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

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie ogólne

średnie zawodowe

policealne

wyższe

inne, jakie:

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA

LICEUM

TECHNIKUM

SZKOŁA POLICEALNA

KOLEGIUM

INNA, jaka:

STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)

STUDIA PODYPLOMOWE

STUDIA DOKTORANCKIE

STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE

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 MOPR?						tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Razem uzyskane dofinansowanie:							

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PCPR w Sokółce:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
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** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 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
1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <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><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</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 np. w PCPR)?	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
5) 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><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania: A1 A2 A3 A4 B1 B2 B3 B4
 B5 C1 C2 C3 C4 C5 D
(odpowiednie zaznaczyć – w załączeniu)

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr: PCPR 8219/ASI-1/ /2019

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, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów 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	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	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	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

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

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:

 - tak - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia

 - tak - nie

pieczętka imienna pracownika PCPR dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

data, podpis:

pieczętka imienna dyrektora PCPR

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej// r.

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

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie	
--	--

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: PCPR 8219/ASI-1/ /2019 – dotyczy Modułu I

KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1	Stopień niepełnosprawności:			
a)	znaczny (I grupa inwalidzka)	20	25	
b)	umiarkowany (II grupa inwalidzka)	10		
c)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	5		
2	Aktywność zawodowa:			
a)	osoba zatrudniona (bez względu na formę zatrudnienia) - Preferencje PFRON 2019 r.	40	40	
b)	osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy (zarejestrowana w urzędzie pracy, nie korzystająca ze stażu, prac interwencyjnych czy prac publicznych)	10		
3	Aktualnie realizowany etap kształcenia:			
a)	osoba pobiera naukę na poziomie wyższym	10	10	
b)	osoba pobiera naukę na innym poziomie	5		
4	Inne kryteria:			
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	10	25	
b)	Wnioskodawca uczestniczy w zajęciach organizowanych przez instytucje wsparcia dziennego (OW, WTZ, ŚDS)	5		
c)	Inne osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	5		
d)	uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub jakość pobierania wykształcenia	5		
e)	osoby, które w 2018 lub w 2019 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych Preferencje PFRON 2019 r.	10		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)		maksymalnie 100	
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 30				

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

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
	Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:/...../..... r.

pozytywna: w ramach Modułu I/Obszaru/Zadania:..... negatywna: w ramach Modułu I/Obszaru/Zadania:.....

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 zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 3 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 3 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 5 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 zł
<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 5 zł	<input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D zł

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2

Koszty kursu i egzaminów: zł	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: zł
---------------------------------------	---

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 3

Koszty kursu i egzaminów: zł	Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: zł
---------------------------------------	---

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 1, 3 lub 4

Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł	Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: zł
--	---

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

..... r. <i>data</i> <i>podpisy osób podejmujących decyzję</i>
-------------------------	--

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania.

pieczętki imienne pracowników PCPR przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis: _____

pieczętka imienna dyrektora PCPR

data, podpis: _____