

Wniosek złożono w PCPR w Lwówku Śl.  
w dniu .....

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK „W” – wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

### Moduł I

#### Obszar A – Zadanie nr 2

#### pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B

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

##### DANE PERSONALNE

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

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

przez..... Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

##### MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Województwo .....

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

##### ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -    .....  
(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

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:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcpr.powiatlwowiecki.pl](http://www.pcpr.powiatlwowiecki.pl)

## 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 inwalidzka  |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy                                                                                     | <input type="checkbox"/> lekki stopień       | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

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

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|                                                                 |                                                 |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , 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: ☐

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

|                                                    |                                      |                                      |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> | <b>Lewe oko:</b>                     | <b>Prawe oko:</b>                    |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma           | Ostrość wzoru (w korekcji): .....    | Ostrość wzoru (w korekcji): .....    |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma     | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni | Zwężenie pola widzenia: ..... stopni |

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

|                                                             |                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                          |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> - <b>OSOBA GŁUCHA</b> | <input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego | <input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne                            |
| <input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja                                                                                 | <input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego            | <input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne              | <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe |

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                   |                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: .....<br><input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....                                                                                                                   | Nazwa pracodawcy: .....<br>Adres miejsca pracy: .....<br>.....<br>Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....                                             |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę<br><input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę<br><input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna<br><input type="checkbox"/> staż zawodowy |                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b><br>Nr NIP: .....                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr ....., dokonanego w urzędzie: .....<br><input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b>                                                                                                                                                                                                                                | Miejsce prowadzenia działalności: .....                                                                                                                                                       |

|                                                                             |                                             |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE</b>                                                |                                             |                                              |
| <input type="checkbox"/> podstawowe                                         | <input type="checkbox"/> gimnazjalne        | <input type="checkbox"/> zawodowe            |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne                                     | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe   | <input type="checkbox"/> policealne          |
| <input type="checkbox"/> wyższe                                             | <input type="checkbox"/> inne, jakie:       |                                              |
| <b>OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I</b>                |                                             |                                              |
| <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"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE                |                                             | <input type="checkbox"/> nie dotyczy         |
| <b>NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA</b>               |                                             |                                              |
| Nazwa szkoły ..... klasa/rok ..... Kod pocztowy .....                       |                                             |                                              |
| Miejscowość ..... ulica ..... Nr domu .....                                 |                                             |                                              |
| Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....   |                                             |                                              |

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

**Uwaga!** za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I**

**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 powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 5 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.

| Pytanie/zagadnienie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Informacje Wnioskodawcy                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego)                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>.....</p> <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 ze środków PFRON na ten sam cel?                                                                                                                                                                                                                                                                | <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> <p>.....</p> |
| 6) 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.                                                                                                                                                       | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                         |

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania-Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2 STRONA 5

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.  
(wg załączonej oferty cenowej lub kosztorysu)

##### 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 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                                                                                         |                                 |                          |
| 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                                                                                                           |                                 |                          |

#### 6. Informacje uzupełniające

|                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA JAZDY:</b> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w ..... roku w ramach .....                                          |
| a także w ..... roku w ramach .....                                                                                                                                                                                                       |
| <b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b><br><b>na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku</b><br><i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i> |
| numer rachunku bankowego .....                                                                                                                                                                                                            |
| nazwa banku .....                                                                                                                                                                                                                         |

#### Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego: PCPR w Lwówku Śląskim ☐ tak - ☐ nie,
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcpr.powiatlwowecki.pl](http://www.pcpr.powiatlwowecki.pl)
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego **co najmniej 25%** kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B – nie pochodzące z PFRON ani z NFZ,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B: ☐ tak - ☐ nie,
- 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,

7. 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. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelewanie 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, 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 (wiersze 5-14)

| Nazwa załącznika |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU<br>(należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dolączyło do wniosku                                                  | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1.               | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)-oryginał do wglądu                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.               | Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (załącznik nr 1 do formularza wniosku)                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | 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"/> |                          |
| 4.               | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (załącznik nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu                               | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.               | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu jako przyczynę niepełnosprawności w przypadku gdy dysfunkcja narządu ruchu nie wynika z orzeczenia (załącznik nr 2c do formularza wniosku- wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku)                                 | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.               | Kserokopia dowodu osobistego wnioskodawcy lub/i osoby występującej w imieniu wnioskodawcy-oryginał do wglądu                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               | Zaświadczenie o zatrudnieniu o ile dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               | Zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna o ile dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               | Zaświadczenie o rejestracji w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu o ile dotyczy                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.              | Zaświadczenie o pobieraniu nauki o ile dotyczy                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.              | Oferta cenowa lub kosztorys – sztuk..... (minimum 2 oferty)                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.              | Oświadczenie o nieubieganiu się o dofinansowanie przedmiotu wskazanego we wniosku za pośrednictwem innego powiatu (załącznik nr 4 do formularza wniosku)                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 13.              | Oświadczenie o wysokości posiadanego wkładu własnego (załącznik nr 5 do formularza wniosku)                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 14.              | Oświadczenie pełnomocnika (załącznik nr 6 do formularza wniosku)                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 15.              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 16.              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/> |                          |