

Wniosek złożono w:

MOPS Dąbrowa Górnicza

w dniu

Nr sprawy:

Nr wniosku



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK - 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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.mops.com.pl

Moduł I	Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar A	Likwidacja bariery transportowej
Zadanie nr 2	Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

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

przez..... ważny dor.

PESEL..... Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zameżna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

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

e'mail (o ile dotyczy):

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

miejsowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu

Kod pocztowy □ □ - □ □ □
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy □ □ - □ □ □
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo:.....

Adres korespondencyjny (jeśli
jest inny od adresu zamieszkania):

Kod pocztowy □ □ - □ □ □ Miejscowość

Ulica Nr domu nr lok.

Powiat Województwo

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (należy zaznaczyć wyłącznie jedną odpowiedź)całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji
lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

znaczný stopień

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

umiarkowany stopień

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy

lekki stopień

III grupa inwalidzka

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:

obu kończyn górnych

jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

innym

Wnioskodawca porusza się samodzielnie lub przy pomocy balkonika, kul łokciowych:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

NARZĄD WZROKU 04-O

osoba niedowidząca

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

nie dotyczy

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):01-**U** upośledzenie
umysłowe02-**P**
choroby psychiczne03-**L** zaburzenia głosu,
mowy i choroby słuchu- **osoba głucha**04-**O** narząd wzroku05-**R** narząd ruchu06-**E** epilepsja07-**S** choroby układu
oddechowego i krążenia08-**T** choroby układu
pokarmowego09-**M** ukł. moczowo -płciowy10-**N** choroby neurologiczne11-**I** inne12-**C** całościowe zaburzenia
rozwojowe

Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym:

tak

nie

Rodzaj gospodarstwa domowego:

samodzielne

wspólne

Wysokość miesięcznego przeciętnego dochodu netto, podzielonego przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek

.....zł

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

bezrobotna/y zarejestrowana/y w urzędzie pracy (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w urzędzie pracy i pozostający bez zatrudnienia (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

nie dotyczy

zatrudniona/y:

Nazwa pracodawcy:

na czas nieokreślony

Adres miejsca pracy:

na czas określony od dnia:..... do dnia: inny, jaki:			
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę umowa cywilnoprawna staż zawodowy		 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:		
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE			
podstawowe	gimnazjalne	zawodowe	
średnie ogólne	średnie zawodowe	policealne	
wyższe	inne, jakie:		
AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA			
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	

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 następnego roku, po którym uzyskał dofinansowanie), w tym poprzez PCPR/MOPS?						tak ☐	nie ☐
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 kwota przyznana:					Razem kwota rozliczona:		

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!

W ramach pilotażowego programu **Aktywny samorząd** - moduł I nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON i/lub Realizatora programu. Za wymagalne zobowiązanie należy rozumieć:

- a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,
- b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a.
- zobowiązania:
 - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna,
 - w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
 - wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji,
 - w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
 - wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

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 8) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórno/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, tzn. w jaki sposób wnioskowany sprzęt/usługa wpłynie na aktywizację społeczną, zawodową lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych?	
2) Uzasadnienie wniosku - należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego - <u>o ile dotyczy</u> .	
3) Uzasadnienie, w jaki sposób wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	
4) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? <i>Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</i>	☐ - tak ☐ - nie
5) 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 MOPS)?	☐ - tak ☐ - nie
6) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeżeli tak należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane wniosek uzyska dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie
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. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 10 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie

8) Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórniego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON	
1) Wnioskodawca, który jest osobą poszkodowaną w 2017 roku lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 20 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Przez **koszty uzyskania prawa jazdy** rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

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

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: **NIE** **TAK**

Planowany środek transportu na miejsce 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) do 75% koszu orientacyjnego
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

***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

*dotyczy dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem (dofinansowanie uzyskane w ramach zadania ustawowego lub programu celowego)

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
 na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza - ☐ tak - ☐ nie,
2. nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. 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,
4. zapoznałem(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mops.com.pl
5. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, **wynoszącego co najmniej 25%** kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B. Środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
6. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałem(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B: ☐ tak - ☐ nie,
7. 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, wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, warunki uczestnictwa w programie musi spełniać także w terminie poniesienia kosztu objętego refundacją i/lub w okresie objętym refundacją kosztów,
8. 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,
9. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

WAŻNE!

- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.
- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 ze zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.

Dąbrowa Górnicza, dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o <u>znacznym lub umiarkowanym</u> stopniu niepełnosprawności ze wskazanym symbolem przyczyny 05-R lub orzeczenia równoważnego (w przypadku orzeczeń wydanych przez ZUS bez podania przyczyny niepełnosprawności należy przedstawić rozszerzony wypis z tego orzeczenia potwierdzający spełnienie warunków uczestnictwa w programie - orzeczenie musi być wydane z powodu dysfunkcji narządu ruchu)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości przecietnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>)	☐	☐	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku</i>) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
4.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności należy dołączyć: – pełnomocnictwo, – pisemne oświadczenie pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.	☐	☐	
5.	Oświadczenie w przypadku prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego z jakiego powodu prowadzone jest samodzielne gospodarstwo domowe	☐	☐	
6.	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 120 dni przed dniem złożenia wniosku i wypełnione czytelnie w języku polskim	☐	☐	
7.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia osoby niepełnosprawnej, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i>) w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętą w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C), potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.	☐	☐	
8.	Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych (o ile dotyczy)	☐	☐	
9.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby (w przypadku załączenia dokumentu należy do wniosku załączyć wypełniony przez tą osobę załącznik nr 2 – zgodę na przetwarzanie danych osobowych)	☐	☐	
10.	Dokument/zaświadczenie udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję) wystawione dla Wnioskodawcy, który został dotknięty zdarzeniem losowym, skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie).	☐	☐	
11.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy)	☐	☐	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	