4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 1

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	
Dopuszczalne obciążenie wózka:	**Dodatkowe wyposażenie wózka:**

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Akumulator		
Inne, dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	☐ **tak** ☐ **nie**
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL ……..... zakupiony ze środków:	**rok nabycia: .....r.** ☐ **nie dotyczy**
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: ……..……..	☐ **tak - w ..... roku** ☐ **nie**
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: …….	☐ **tak - w ..... roku** ☐ **nie**
5) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	**…….…… kg**
6) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:	**……cm**
7) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	☐ **tak** ☐ **nie**
– jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	☐ **tak** ☐ **nie**
– Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	☐ **tak** ☐ **nie**
8) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	☐ **tak** ☐ **nie**
9) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	☐ **tak** ☐ **nie**
10) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	☐ **tak** ☐ **nie**
11) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	☐ **tak** ☐ **nie**
– występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	☐ **tak** ☐ **nie**
– występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	☐ **tak** ☐ **nie**
– zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	☐ **tak** ☐ **nie**

** - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym*

Oświadczam, że:

1. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.poik.pcprskarzysko.pl,
3. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: ☐ tak - ☐ nie,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
5. 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,
6. 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, przelanie środków finansowych następuje na rachunek dostawcy przedmiotu zakupu, 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 6-8)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)*	☐	☐	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2c do wniosku)*	☐	☐	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)* - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
8.		☐	☐	
9.		☐	☐	
10.		☐	☐	