Imię i nazwisko Wnioskodawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA (A1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Specyfikacja zakupu (rodzaj oprzyrządowania samochodu) | Orientacyjna cena brutto (kwota w zł) |
| [ ] | Dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie |  |
| [ ]  | Automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła  |  |
| [ ] | Elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżenia i podnoszenia nadwozia |  |
| [ ] | Specjalne siedzenie |  |
| [ ] | Elektroniczna obręcz przyspieszenia |  |
| [ ] | Ręczny gaz – hamulec |  |
| [ ] | Przedłużenie pedałów |  |
| [ ] | Sterowanie elektroniczne |  |
| [ ] | Podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego |  |
| [ ] | Przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników |  |
| [ ] | System wspomagania parkowania |  |
| [ ] | Inne, jakie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **RAZEM** |  |

1. **Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |
| --- | --- |
| Kwota wnioskowana brutto (w zł) |  |

1. **Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| [ ] jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rok produkcji \_\_\_\_\_\_Nr rejestracyjny \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; [ ] nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu |
| [ ] użytkuje samochód marki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rok produkcji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr rejestracyjny \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.) |
| [ ] pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rok produkcji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr rejestracyjny \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ] nie posiadam oprzyrządowania samochodu ; [ ] posiadam następujące oprzyrządowanie samochodu:jakie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w zakupie oprzyrządowania samochodu:[ ] NIE ; [ ] TAK w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku w ramach \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Oświadczam, że:**

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatowego w Myślenicach **[ ] tak ; [ ] nie,**
2. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawda oraz przyjmuje do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. Zapoznałam/łem się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam/łem do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) jak również [www.pcpr.myslenicki.pl](http://www.pcpr.myslenicki.pl),
4. W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam/łem pomoc ze środków PFRON ( w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu **[ ] tak ; [ ] nie,**
5. Przyjmuje do widomości i stosowania, ze ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
6. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/łam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej
z przyczyn leżących po mojej **stronie [ ] tak ; [ ] nie ,**
7. Przyjmuje 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 spełnienie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
8. Zostałam/łem poinformowana/ny, iż maksymalna kwota dofinansowania w Obszarze A zadanie 1 może wynieść - 10 000 zł,
9. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy co najmniej 15% ceny brutto),
10. Zostałam/łem poinformowana/ny, iż refundacja kosztów zakupu oprzyrządowania może dotyczyć wyłącznie kosztów poniesionych po zawarciu umowy dofinansowania.
11. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT

Wnioskodawca nie mogący pisać i/lub mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca. Wiarygodność odcisku potwierdza pracownik socjalny z rejonu wypisując obok imię i nazwisko Wnioskodawcy oraz umieszczając swoją pieczątkę imienną i 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 i/lub czytać.

Myślenice, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czytelny podpis wnioskodawcy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STEMPEL ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ LUB PRAKTYKI LEKARSKIEJ DATA WYSTAWIENIA

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

***PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE W JĘZYKU POLSKIM, DRUKOWANYMI LITERAMI***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ....................................................................................................................................
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): ..................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym  zakresie: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych /obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:................................................................. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..................................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenia:.................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość) (data) (pieczątka, nr i podpis lekarza)