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

I. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar A Zadanie nr 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) | | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
| □ | Komunikatory/tablice |  |
| □ | Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych |  |
| □ | Oprogramowanie, jakie: |  |
| □ | Aplikacje, jakie: |  |
| □ | Sygnalizator |  |
| □ | Dodatkowe oświetlenie |  |
| □ | Wskaźniki optyczne |  |
| □ | inne, jakie: |  |
| □ | inne, jakie: |  |
| □ | inne, jakie: |  |
| □ | inne, jakie: |  |
|  | RAZEM |  |

**II. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |
| --- | --- |
| **Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
|  |  |

**III. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:...................................rok produkcji .............., nr rejestracyjny ..................................... Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu |
| Użytkuję 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: ............................................................................................................. |
| 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 prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. 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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: www.pcpr.myslenicki.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: **[ ] tak - [ ] nie,**
5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am)stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **[ ] 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,
8. zostałam/łem poinformowana/ny, iż maksymalna kwota dofinansowania w Obszarze A zadanie 4 może wynieść – 4 000 zł;
9. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania   
   (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej 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. przyjmuje 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, 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.

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

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

Czytelny podpis wnioskodawcy

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **……............., dnia ……….…**

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (A4)

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……........................................................................................

PESEL

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się,   
   że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db) |  |
|  | Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db) |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha lewego |  |
|  | Inna dysfunkcja ucha prawego | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |