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

1. **SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA (B 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Zadanie nr 2 – specyfikacja – proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego | Orientacyjna cena brutto (kwota w zł) |
|  |  |
| **RAZEM** |  |

1. **INFORMACJE UZUPELNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON na dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania : **[ ] NIE ; [ ] TAK** w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_roku w ramach \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ] POSIADAM / PODOPIECZNY POSIADA NASTEPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ] NIE POSIADAM / PODOPIECZNY NIE POSIADA SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO |
| UKOŃCZONE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ / PODOPIECZNEGO KURSY KOMPUTEROWE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Obszar wsparcia** | **Orientacyjna cena brutto ( w zł )** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| **Zadanie nr 2** |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |  |

**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 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania **[ ] 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 B zadanie 2 może wynieść – dla osoby głuchoniewidomej – do 4 000 zł, - dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu do 3 000 zł, dla pozostałych adresatów obszaru do 2 000 zł, z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w indywidualnych przypadkach, maksymalnie o 100%, wyłącznie w przypadku, gdy poziom dysfunkcji narządu wzroku lub słuchu wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia,
9. zostałam/łem poinformowana/ny, iż refundacja kosztów zakupu przedmiotu dofinansowania może dotyczyć wyłącznie kosztów poniesionych do 180 dni przed dniem złożenia wniosku.
10. przyjmuje do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie 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 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. NA PODSTAWIE ZGROMADZONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ STWIERDZA SIĘ, ŻE:

a) DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU PACJENTA DOTYCZY:

 JEDNEGO OKA

 OBYDWU OCZU

b) PACJENT MA ZWĘŻONE POLE WIDZENIA: *NIE DOTYCZY*

 W OKU LEWYM DO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ STOPNI

 W OKU PRAWYM DO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ STOPNI

c) PACJENT MA OBNIŻONĄ OSTROŚĆ WZROKU (W KOREKCJI): *NIE DOTYCZY*

 W OKU LEWYM WYNOSI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 W OKU PRAWYM WYNOSI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d) PACJENT JEST OSOBĄ GŁUCHONIEWIDOMĄ:

 TAK NIE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DNIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (MIEJSCOWOŚĆ ) (DATA) PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA

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

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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym  zakresie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **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)