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

I. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - (B 3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proszę wymienić – nazwy sprzętu elektronicznego/jego elementy/ oprogramowanie, o dofinansowanie których Wnioskodawca ubiega się w ramach wniosku: | | **ORIENTACYJNA CENA brutto *(kwota w zł)*** |
|  | |  |
|  | RAZEM |  |

**II. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| POSIADAM NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NIE POSIADAM SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO |
| CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA: NIE TAK w \_\_\_\_ roku w ramach \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**III. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA**

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

*\* - należy zaznaczyć właściwe*

**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 przez Wnioskodawcę 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: www.pcpr.myslenicki.pl,
4. w okresie ostatnich 5 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego/jego elementów/ oprogramowania: **[ ] tak - [ ] nie,**
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. zostałam/łem poinformowana/ny, iż maksymalna kwota dofinansowania w przedmiocie zakupu może wynieść do 6 000 zł,
9. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu   
   (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 30% ceny brutto sprzętu elektronicznego/jego elementów/ oprogramowania),**
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 PFRON następuje na rachunek sprzedawcy 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.

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” (B3)

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

Imię i nazwisko Pacjenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym  poniżej 0,1 (lub 0,1) |  |
|  | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawnym  poniżej 0,1 (lub 0,1) |  |
|  | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym |  |
|  | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym |  |
|  | Inna dysfunkcja oka lewego |  |
|  | Inna dysfunkcja oka prawego | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |