Załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora PCPR nr 22/2019 z dnia 06 sierpnia 2019 roku

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

I. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - C5

|  |
| --- |
| Model (nazwa) skutera inwalidzkiego napędzie elektrycznym: |
| Wybrany skuter jest: trzykołowy czterokołowy  jednoosobowy dwuosobowy  |
| Nazwa/opis oprzyrządowania elektrycznego (napędu) do wózka ręcznego:  |
| Dodatkowe wyposażenie: |

**II. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj przedmiotu dofinansowania** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)**  |
| **Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym**  |  |  |
| **Napęd elektryczny do wózka ręcznego** |  |  |
| **Dodatkowe wyposażenie**  |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |  |

**III. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
|  POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY WÓZEK/SKUTER: MODEL .............. ROK NABYCIA: ............... |

*\* - 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 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 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego : **[ ] tak - [ ] nie,**
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie(w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 35% ceny brutto),
6. zostałem/łam poinformowany/na , iż maksymalna kwota dofinansowania w Obszarze C zadanie 5 – pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego , może wynieść – 5 000 zł.
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. 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,

1. w ciągu ostatnich 3 latbyłem(am)stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **[ ] tak - [ ] nie,**
2. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
3. Zostałem/łam poinformowany/na, iż refundacja kosztów związanych z uzyskaniem dofinansowania na zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego, może dotyczyć kosztów poniesionych wyłącznie po zawarciu umowy dofinansowania.

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” (C5)

 - ***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****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg |  |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg |  |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk |  |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki  |  |
|  | Dysfunkcja obu rąk |  |
|  | Dysfunkcja obu nóg | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenie:.................................................................... |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy  w samodzielnym przemieszczaniu się:** | Tak Nie  |
| Tak Nie  | Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się |  |
| Tak Nie  | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta |  |
| Tak Nie  | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |  |
| Tak Nie  | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn  |  |
| Tak Nie  | Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
| Tak Nie  | Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym |  |