

I. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA (A1)

Specyfikacja zakupu (rodzaj oprzyrządowania samochodu)		Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/>	Automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<input type="checkbox"/>	Elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżenia i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/>	Specjalne siedzenie	
<input type="checkbox"/>	Elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/>	Ręczny gaz – hamulec	
<input type="checkbox"/>	Przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/>	Sterowanie elektroniczne	
<input type="checkbox"/>	Podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/>	Przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	System wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie: _____	
RAZEM		

II. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

III. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki _____ rok produkcji _____ Nr rejestracyjny _____ ; <input type="checkbox"/> nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
<input type="checkbox"/> użytkuje samochód marki _____ rok produkcji _____ nr rejestracyjny _____ na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.)
<input type="checkbox"/> 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 _____
<input type="checkbox"/> nie posiadam oprzyrządowania samochodu ; <input type="checkbox"/> posiadam następujące oprzyrządowanie samochodu: jakie: _____
Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc w zakupie oprzyrządowania samochodu: <input type="checkbox"/> NIE ; <input type="checkbox"/> 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 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 przyjąłam/łem do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl jak również 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 wiadomości i stosowania, że 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 byłam/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. 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 pieczęć 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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM 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 pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych /obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

_____, dnia _____
(miejsowość) (data)

(pieczętka, nr i podpis lekarza)