

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	
Dopuszczalne obciążenie wózka:	Dodatkowe wyposażenie wózka:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Akumulator		
Inne, dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL zakupiony ze środków:	rok nabycia:r. <input type="checkbox"/> nie dotyczy
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	<input type="checkbox"/> tak - w roku <input type="checkbox"/> nie
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	<input type="checkbox"/> tak - w roku <input type="checkbox"/> nie
5) Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek: kg
6) Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:cm
7) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
10) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
11) Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

Oświadczam, że:

STRONA 6

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Świątchłowice tak - nie,
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.ops-sw.pl,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup a) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: tak - nie, b) oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego tak - nie, c) skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych następuje na rachunek dostawcy 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.

..... dnia / / 20..... r. podpis Wnioskodawcy
---------------------------------------	-------------------------------------

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		<i>(należy zaznaczyć właściwie)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające znaczną dysfunkcję narządu ruchu wykluczającą możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania za pomocą wózka inwalidzkiego ręcznego, oraz pozytywną opinię (braku przeciwwskazań) do korzystania z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2f do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) – wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7.	Ofertę cenową dotyczącą wnioskowanego przedmiotu dofinansowania			
8.	Zaświadczenie o zatrudnieniu jeżeli osoba której dotyczy wniosek jest zatrudniona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie ze szkoły/uczelni potwierdzające pobieranie nauki jeżeli osoba której dotyczy wniosek uczy się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Orzeczenia o niepełnosprawności innych osób będących we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (jeżeli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Opinia eksperta PFRON dot. rokowania uzyskania zdolności do pracy lub podjęcia nauki w wyniku otrzymania wsparcia (dof. zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym) – w przypadku osób w wieku aktywności zawodowej niepracujących i nie uczących się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Inne (wymienić jakie):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UWAGA: w przypadku załączników w postaci kserokopii – Wnioskodawca zobowiązany jest przedłożyć oryginały do wglądu!