

**WNIOSEK „M-I”
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu
„Aktywny samorząd”**

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

Obszar B – Zadanie nr 1

pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.

**DANE WNIOSKODAWCY
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych lub narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności (wniosek B1) ☐ dla osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (wniosek B3) ☐ dla osoby z dysfunkcją narządu słuchu (wniosek B4)
Wnioskodawca składa wniosek:	☐ we własnym imieniu ☐ jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego ☐ jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego ☐ jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) ☐ na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie ☐ na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego / niepoświadczanego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

☐ Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

DANE WNIOSKODAWCY**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto powyżej 5 tys. mieszkańców ☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ wieś
Numer telefonu:	
Adres email:	

ADRES KORESPONDENCYJNY
☐ Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
------------	-----------

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Numer telefonu:	
Adres email:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność do pracy:	☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy ☐ nie dotyczy

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ 01-U – upośledzenie umysłowe

- ☐ 02-P – choroby psychiczne
☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 ☐ osoba głucha
 ☐ osoba głuchoniema
☐ 04-O – narząd wzroku
 ☐ osoba niewidoma
 ☐ osoba głuchoniewidoma
☐ 05-R – narząd ruchu
 ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych
☐ 06-E – epilepsja
☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
☐ 08-T – choroby układu pokarmowego
☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
☐ 10-N – choroby neurologiczne
☐ 11-I – inne
☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- ☐ nie dotyczy
☐ nieaktywna/y zawodowo
☐ bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
 Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
☐ poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
☐ zatrudniony

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		☐ tak ☐ nie	
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		☐ tak ☐ nie	
☐ umowa cywilnoprawna		☐ tak ☐ nie	
☐ staż zawodowy		☐ tak ☐ nie	
☐ działalność gospodarcza		☐ tak ☐ nie	
☐ działalność rolnicza		☐ tak ☐ nie	
☐ wolontariat na podstawie porozumienia - porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		☐ tak ☐ nie	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

- ☐ Nie dotyczy
☐ Przedszkole
☐ Szkoła podstawowa
☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa
☐ Technikum
☐ Liceum
☐ Szkoła policealna
☐ Kolegium
☐ Studia I stopnia
☐ Studia II stopnia
☐ Studia magisterskie (jednolite)
☐ Studia podyplomowe
☐ Studia doktoranckie
☐ Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
☐ Szkoła doktorska
☐ Uczelnia zagraniczna
☐ Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
☐ Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał w ciągu ostatnich 5 lat pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania?

☐ tak ☐ nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ramach innych zadań niż pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu elektronicznego/komputerowego i oprogramowania w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

☐ tak ☐ nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

☐ tak ☐ nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

☐ tak ☐ nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w aktualnym dokumencie pn. „Kierunki działań (...).”

Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:

☐ tak ☐ nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu.

(Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):

☐ tak ☐ nie

Posiadam/podopieczny posiada następujący sprzęt komputerowy i oprogramowanie:

☐ tak ☐ nie

Proszę wymienić:

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego kursy komputerowe:

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):

Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – należy przez to rozumieć:

a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiorów obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/ potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję).

☐ tak ☐ nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- ☐ firma handlowa
- ☐ media
- ☐ Realizator programu
- ☐ PFRON
- ☐ inne, jakie:

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:.....

Średni dochód (przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy) - dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w roku poprzedzającym złożenie wniosku na podstawie Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obliczony wg wzoru: [przeciętny dochód z ha x liczba hektarów]/12/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

Dodatkowe informacje dotyczące sposobu ustalania wysokości dochodu znajdują się w dokumencie Dokument_5_Wyjasnienia_dot_ustalania_wysokosci_dochodu.pdf dostępnym wraz z dokumentacją dla naboru.

☐ Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1

Przedmiot pomocy	Typ sprzętu	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
☐ Standardowy sprzęt komputerowy w dowolnej konfiguracji/zestawie (monitor, stacja, drukarka, osprzęt) lub laptop	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Smartfon lub tablet	☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Zestaw urządzeń brajlowskich w dowolnej konfiguracji	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Urządzenie lektorskie, niezależnie od konfiguracji	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Linijka - urządzenie brajlowskie	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Drukarka - urządzenie brajlowskie	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Każde inne urządzenie brajlowskie	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Inny sprzęt lub urządzenie elektroniczne, z wyłączeniem urządzeń brajlowskich	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
☐ Oprogramowanie	☐ Stacjonarny ☐ Mobilny ☐ Nie dotyczy		
Razem:			

Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:

Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU**Lista załączników:**

- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób do 16 roku życia
- akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka (nie dotyczy osoby z dysfunkcją narządu wzroku i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności),
- dokument stanowiący opiekę prawną – jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną,
- oferta cenowa,
- osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia – z orzeczeniem o niepełnosprawności: zaświadczenie lekarskie (specjalista) potwierdzające dysfunkcję obu rąk,
- fakultatywnie - osoba z dysfunkcją narządu wzroku dołączają zaświadczenie lekarskie (okulista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04-O,
- fakultatywnie : oświadczenie pełnomocnika,
- fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności,
- fakultatywnie: zaświadczenie potwierdzające, że wnioskodawca był poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych.
- fakultatywnie: zaświadczenie ze szkoły/uczelni o aktualnym etapie kształcenia,
- fakultatywnie: dokument potwierdzający zatrudnienie.

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.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Data, pieczęć i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):	Data, pieczęć i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:

**Klauzula informacyjna dla uczestników
Programu Aktywny Samorząd
realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Dąbrowie Tarnowskiej (PCPR):**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiat Dąbrowski/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej, będący realizatorem programu Aktywny Samorząd oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Powiatu Dąbrowskiego/Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej - iod@pcprdt.pl
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i nie wymaga wrażenia przez wnioskodawcę zgody na przetwarzanie danych osobowych. Przekazanie danych osobowych przez jest warunki zawarcia umowy dofinansowania. Niepodanie danych oznacza brak możliwości rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy dofinansowania, a w konsekwencji brak możliwości udzielenia pomocy w ramach programu. (art. 6 ust. 1. lit. b RODO)
4. Dane osobowe przekazywane przez wnioskodawców przetwarzane są w stopniu niezbędnym w celu realizacji programu Aktywny Samorząd i oceny jego funkcjonowania, a także w innych, prawnie uzasadnionych celach.
5. Powiat Dąbrowski/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej przekazuje lub udostępnia dane osobowe uczestników programu do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z zasadami wskazanymi w umowie w sprawie realizacji programu.
6. Dane osobowe uczestników programu mogą być także przetwarzane na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu realizacji zasad określonych w programie (np. w celu uzyskania opinii eksperta PFRON lub przeprowadzenia ewaluacji programu).
7. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej lub ich dalsze przetwarzanie, będące wynikiem złożonego wcześniej wniosku lub rozpoczęcia prowadzenia sprawy jest niezbędne z uwagi na przepisy szczegółowe.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
9. Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zamieszczone są pod adresem: <https://www.pfron.org.pl/ofunduszu/rodo-w-funduszu/>. Komunikat z klauzulą informacyjną stanowi realizację obowiązku informacyjnego.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją.

.....r.
Data

.....
podpis Wnioskodawcy

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności jest inna, niż dysfunkcja narządu ruchu
(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)*

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Adres zamieszkania:.....
3. PESEL
4. Zakres dysfunkcji/niedowładu narządu ruchu pacjenta (opis):
-
5. Pacjent ☐ **nie posiada** ☐ **posiada** dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu: **(proszę zakreślić właściwe pole ☐).**
6. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

☐	Wrodzony brak obu kończyn górnych na wysokości od	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja obu kończyn górnych, na wysokości od	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się proszę opisać czytelnie:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe inne jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

miejsowość: dnia

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności jest inna, niż dysfunkcja narządu wzroku
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

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

☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,3 (lub 0,3)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,3 (lub 0,3)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 (lub 0,05)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,05 (lub 0,05)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka lewego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja oka prawego	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Osoba niewidoma	pieczętka, nr i podpis lekarza

miejsowość: dnia

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza

....., **dnia**.....
(miejscowość)

OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA

Ja, niżej podpisana/podpisany, nr PESEL
..... lub oznaczenie dowodu osobistego w przypadku braku PESEL
....., jako Pełnomocnik mego
Mocodawcy:.....,

(imię i nazwisko Mocodawcy)

oświadczam, że nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku o dofinansowanie dotyczącego mego Mocodawcy. Nie jestem ani nie byłem/nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....
(podpis Pełnomocnika)