

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar C-zadanie 2

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej skutera /wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

a) Czy Wnioskodawca/podopieczny Wnioskodawcy uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

NIE TAK - w ramach (np. programu) w roku.

Wnioskodawca/podopieczny Wnioskodawcy użytkuje skuter lub wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

NIE TAK Model

Okres gwarancyjny w związku z zakupem skutera/ wózka upłynął: NIE TAK

b) Czy Wnioskodawca/podopieczny Wnioskodawcy korzystał z pilotażowego programu PFRON „Aktywny samorząd” do pomocy w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym za pośrednictwem PCPR w Pszczynie lub innego Realizatora programu Aktywny samorząd?

NIE TAK, w roku: Realizator:

.....

Jeśli tak, to czy upłynął okres gwarancji na przedmioty dofinansowane w ramach programu Aktywny samorząd do utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

NIE TAK, jeśli tak należy wpisać datę upływu okresu gwarancji:

c) Posiadany skuter/wózek był naprawiany w roku: gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK

koszty naprawy z własnych środków Wnioskodawcy: NIE TAK inne, jakie

d) Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym skuterem/wózkiem o napędzie elektrycznym

.....

.....

*- należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

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

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- 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.pcrprszczyna.pl**
- 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 **byłam(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, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
- oświadczam, iż nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegać się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

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 (od 1- 11) oraz dodatkowe (od 12)

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (zał. nr 2 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 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"/>	
6. Oświadczenie pełnomocnika /jeśli dotyczy/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika- oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Zaświadczenie o pobieraniu nauki – jeśli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Zaświadczenie o aktywności zawodowej Wnioskodawcy (lub podopiecznego jeśli Wnioskodawcą jest rodzic lub opiekun prawny), czyli zaświadczenie o zatrudnieniu /rodzaj umowy, okres zatrudnienia/, zaświadczenie o rejestracji w PUP, wydruk z CEIDG itp. – jeśli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Oferta cenowa lub kosztorys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Potwierdzenie upływu okresu gwarancji na przedmioty/usługi uprzednio objęte dofinansowaniem ze środków PFRON dot. Wnioskodawców, którzy korzystali już z dofinansowania/refundacji w programie Aktywny samorząd, Moduł I, Obszar C, Zadanie 2 w PCPR w Pszczynie lub za pośrednictwem innego Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Dodatkowy załącznik: Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające rodzaj dysfunkcji narządu ruchu (sporządzone wg wzoru stanowiącego zał. nr 3 do wniosku- /do oceny merytorycznej/*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Inne dodatkowe załączniki: (należy wymienić)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	