

1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z
dysfunkcją narządu ruchu

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego 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 obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/> specjalne siedzenia	
<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	

2. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	
Wysokość wkładu własnego (15 % ceny brutto)	
Kwota wnioskowana - (85 %)	

3. 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"/> Użytkuję 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:
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach

4. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 1 - 12)

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym 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 przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny (o ile dotyczy)	<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.	Klauzula informacyjna (załącznik nr 2 do niniejszego wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie lekarza specjalisty (lub inny dokument) potwierdzające, że następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu– (stanowiące załącznik nr 3 do niniejszego wniosku)- dotyczy Obszaru A Zadnie 1 Dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu ruchu (05-R)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający uszkodzenie osoby w 2018 lub 2019 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Faktura pro-forma lub oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	W przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.				

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Wnioskodawcy

Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”-
Dotyczy Obszaru A Zadanie 1

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy dysfunkcji narządu ruchu będącej następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności tj. (wpisać na czym polega dysfunkcja narządu ruchu).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia

miejsowość

pieczętka, nr
i podpis lekarza