

1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 4 Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu słuchu

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/> Komunikatory/tablice	
<input type="checkbox"/> Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	
<input type="checkbox"/> Oprogramowanie, jakie:	
<input type="checkbox"/> Aplikacje, jakie:	
<input type="checkbox"/> Sygnalizator	
<input type="checkbox"/> Dodatkowe oświetlenie	
<input type="checkbox"/> Wskaźniki optyczne	
<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	<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.	Klauzula informacyjna (załącznik nr 2 do niniejszego wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie lekarza specjalisty (lub inny dokument) potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) – (stanowiące załącznik nr 3 do niniejszego wniosku)- dotyczy Obszaru A Zadanie 4 Dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowanie osoby w 2018 lub 2019 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dowodu rejestracyjnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Faktura pro-forma lub oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	W przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.		<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 4

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:

U Pacjenta występuje ubytek słuchu powyżej 70 decybeli.

TAK

NIE

....., dnia
miejsowość

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza