

### 1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie 1

Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu wzroku lub obu kończyn górnych

Specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania:	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Sprzęt elektroniczny:	
Elementy sprzętu elektronicznego:	
Oprogramowanie:	
RAZEM	

### 2. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA:

NIE     TAK w ..... roku w ramach .....

a także w ..... roku w ramach .....

### 3. Wnioskowana kwota dofinansowania

Orientacyjna cena brutto	
Wysokość wkładu własnego (10 % ceny brutto)	
Kwota wnioskowana (90%)	

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

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (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 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 okulisty potwierdzające że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku)(stanowiące załącznik nr 3 do niniejszego wniosku)- <b>dotyczy wyłącznie osób z dysfunkcją narządu wzroku</b> <b>Dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające wrodzony brak lub amputację kończyn górnych- co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikającą ze schorzeń o różnej etiologii – wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku -(stanowiące załącznik nr 4 do niniejszego wniosku)- <b>dotyczy wyłącznie osób z dysfunkcją obu kończyn górnych</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	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"/>	
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

.....  
**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.....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  *nie dotyczy*

w oku lewym do: ..... stopni

w oku prawym do: ..... stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak       nie

....., dnia .....

(miejscowość)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza

.....  
**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

2. ....

3. PESEL

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: **dysfunkcja obu kończyn górnych Pacjenta dotyczy:**

Wrodzonego braku lub amputacji obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia

Dysfunkcja charakteryzująca się **znacznie** obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu **znacznie** utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń etiologii (m.in. porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe)

....., dnia .....

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza