

**1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie 2**  
**Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania**

Proszę wymienić szkolenie w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
Nazwa szkolenia:	
Termin szkolenia:	

Proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiegał się w ramach niniejszego programu- nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/oprogramowania:
Sprzęt elektroniczny:
Elementy sprzętu elektronicznego:
Oprogramowanie:

**2. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Obszar wsparcia	Orientacyjna cena brutto	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 2		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

**3. Informacje uzupełniające**

<input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: ..... ..... <input type="checkbox"/> NIE POSIADAM SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO Ukończone przez Wnioskodawcę kursy komputerowe: ..... .....
<b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO i OPROGRAMOWANIA:</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

<p><b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY/ USŁUGODAWCY</b>  na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku  <i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i></p>
numer rachunku bankowego .....
nazwa banku .....

**4. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 1 - 13)**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		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 <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)</i>	<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 <i>(załącznik nr 2 do niniejszego wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie lekarza okulisty potwierdzające dysfunkcję powodującą obniżenie ostrości wzroku (korekcji) w oku lepszym poniżej 0,1 (lub 0,1) i/lub zwężenie pola widzenia do 30, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(stanowiące załącznik nr 3 do niniejszego wniosku)</i> <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 <i>-(stanowiące załącznik nr 4 do niniejszego wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie lekarza specjalisty (lub inny dokument) potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) – <i>(stanowiące załącznik nr 5 do niniejszego wniosku)</i> <b>Dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I*

9.	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"/>	
10.	W przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Faktura pro-forma lub oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Inne załączniki (należy wymienić):			
13.				

.....

**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 .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że:

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,1 (lub 0,1)
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,1 (lub 0,1)
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym

....., 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

Załącznik nr 5 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
dotyczy Obszaru B Zadanie 2

**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