

1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie 3

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

| 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 (30 % ceny brutto) | |
| Kwota wnioskowana (70%) | |

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 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 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 (stanowiące załącznik nr 3 do niniejszego wniosku)- dotyczy Obszaru B Zadanie 3 Dołączyć, w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | 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"/> | |
| 7. | Faktura pro-forma lub oferta cenowa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | W przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Wnioskodawcy

Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
dotyczy Obszaru B Zadanie 3

.....
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