

**1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie 4**

**Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy**

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. Wnioskowana kwota dofinansowania**

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

**3. 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 .....

**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 lub umiarkowanym 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 wydane przez lekarza specjalistę, potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do niniejszego wniosku)- <b>dotyczy Obszaru B Zadanie 4</b> <b>Dołączyć w przypadku, gdy orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu (03-L)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	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"/>	
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

**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