

1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar C Zadanie nr 5

Pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

Model (nazwa) skutera inwalidzkiego napędzie elektrycznym (właściwe zaznaczyć X)
Wybrany skuter jest: trzykołowy <input type="checkbox"/> czterokołowy <input type="checkbox"/> jednoosobowy <input type="checkbox"/> dwuosobowy <input type="checkbox"/>
Nazwa/opis oprzyrządowania elektrycznego (napędu) do wózka ręcznego:
Dodatkowe wyposażenie:

2. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania * - należy podkreślić właściwe	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Wysokość wkładu własnego (35% ceny brutto)	Kwota wnioskowana (65%)
Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym			
Napęd elektryczny do wózka ręcznego			
Dodatkowe wyposażenie			
ŁĄCZNIE			

3. Informacje uzupełniające

<input type="checkbox"/> POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY WÓZEK/SKUTER: MODEL ROK NABYCIA:

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 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.	Klauzula informacyjna (załącznik nr 2 do niniejszego wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym– w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny			
5.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<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.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku i zawierające zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)-dotyczy Obszaru C Zadanie 5	<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.				
11.				
12.				

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Wnioskodawcy

Załącznik nr 3 do formularza wniosku pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
dotyczy Obszaru C Zadanie 5

.....
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

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,

tak nie

zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,

tak nie

korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),

tak nie

korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn, nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

tak nie

nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza