4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 5 STRONA 5

|  |
| --- |
| I.SPECYFIKACJA ZAKUPU SKUTERA INWALIDZKIEGO o NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM |
| Model (nazwa) skutera inwalidzkiego:   |
| Dodatkowe wyposażenie skutera: |

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj przedmiotu dofinansowania** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)**  |
| **Skuter inwalidzki** |  |  |
| **Dodatkowe wyposażenie**  |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |  |

|  |
| --- |
| II.SPECYFIKACJA ZAKUPU OPRZYRZĄDOWANIA ELEKTRYCZNEGO DO WÓZKA INWALIDZKIEGO |
| Model (nazwa) wózka inwalidzkiego ręcznego  |
| Oprzyrządowanie elektryczne do wózka: |

**6. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj przedmiotu dofinansowania** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)**  |
| **Oprzyrządowanie elektryczne wózka ręcznego** |  |  |
| **Montaż**  |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |  |

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| Jestem właścicielem wózka inwalidzkiego ręcznego marki:...................................rok produkcji ............... |
|  BUDYNEK, W KTÓRYM MIESZKA WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY\* JEST DOSTĘPNY DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM(istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem): **TAK** **NIE** JEŚLI NIE, JAKIE WYSTĘPUJĄ BARIERY: .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................  |
| NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA\* SKUTERA INWALIDZKIEGO LUB WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA\* NASTĘPUJĄCY SKUTER INWALIDZKI LUB WÓZEK INWALIDZKI O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM MODEL ............................ ROK NABYCIA: ........................... |
| CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY\* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SKUTERA LUB WÓZKA INWALIDZKIEGO O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM: NIE TAK w ....... roku w ramach ......................... a także w .................... roku w ramach ………………................ |

*\* - należy zaznaczyć właściwe*

|  |
| --- |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,**na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (*dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)* |
| numer rachunku bankowego ........................................................................................................nazwa banku .............................................................................................................................. |

Oświadczam, że:

1. **o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu w Przemyślu. □ tak - □ nie**
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem:[www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także:www.mops.przemysl.pl,
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: □ tak - □ nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 35 % ceny brutto),**
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
8. **w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT
10. zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu informację o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

|  |
| --- |
| Przemyśl, dnia ...... /....... /20....... r. ................................         **czytelny podpis Wnioskodawcy** |

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-12)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) |   |   |  |
|  | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru do wniosku)* |   |   |  |
|  | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru do wniosku)* |   |   |  |
|  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON *(sporządzone wg wzoru do wniosku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu  |   |   |  |
|  | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej |   |   |  |
|  | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny |   |   |  |
|  | Specyfikacja zakupu- oferta cenowa (rodzaj planowanego oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego)  |   |   |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |   |   |  |
|  |  |   |   |  |
|  |  |   |   |  |
|  |  |   |   |  |
|  |  |   |   |  |