

- pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | ORIENTACYJNA<br>CENA brutto<br>(kwota w zł) |
|--|---|
| Zakup części zamiennych, jakich:   |   |
| Zakup akumulatora  |   |
| Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:  |   |
| Koszty naprawy/remontu   |   |
| Koszty przeglądu technicznego  |   |
| Koszty konserwacji/renowacji   |   |
| <b>RAZEM</b>   |   |

## 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka: | Orientacyjny koszt (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---------------------------|--------------------------|
| Razem   |                           |                          |

## 6. Informacje uzupełniające

|   |
|---|
| <p><b>Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?</b></p> <p><input type="checkbox"/> NIE    <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) ..... w ..... r.</p>  |
| <p>Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym</p> <p><input type="checkbox"/> NIE    <input type="checkbox"/> TAK (model, rok produkcji): .....</p>  |
| <p>Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął:    <input type="checkbox"/> NIE    <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: ..... r.</p> <p>Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE    <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: ..... r.</p> |
| <p><b>Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):</b>.....</p> <p>.....</p>   |
| <p><b>Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:</b></p> <p><input type="checkbox"/> NIE    <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: ..... r.</p>   |

\* - należy zaznaczyć właściwe

|  |
|--|
| <p><b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY</b>, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</p> |
| <p>numer rachunku bankowego .....</p>  |
| <p>nazwa banku .....</p>   |
| <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Nazwisko i imię Właściciela/Współwłaściciela rachunku bankowego</p>  |

2017 r.

**Oświadczam, że:**

1. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą, przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania oraz, że poinformuję bezzwłocznie Realizatora o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: [www.pcp-r-powiatolsztynski.pl](http://www.pcp-r-powiatolsztynski.pl)
4. przeciętny miesięczny dochód, w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek wynosił.....zł.  
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....
5. **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,**
6. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
9. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz.U. z 2016 r., poz.1137, z późn.zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
10. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 ).**

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.

..... dnia ..... /..... /20..... r.

.....

**podpis Wnioskodawcy**

### 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-10)

| Nazwa załącznika |  | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU<br>(należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
|                  |  | Dołączono do wniosku  | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1.               | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.               | Kserokopia odpowiedniego orzeczenia prawnego dotyczącego niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób)                                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4.               | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.               | Zaświadczenie o zatrudnieniu bądź rejestracji w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy (jeśli dotyczy)   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.               | Zaświadczenie o pobieraniu nauki (jeśli dotyczy)   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               | Faktura pro forma lub oferta cenowa  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               | Kopia postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa poświadczonych notarialnie - (jeśli dotyczy)  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               | Inne załączniki (należy wymienić):   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 10.              |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |