

4.Specyfikacja przedmiotu dofinansowania Ę obszar D

STRONA 5

| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawno ci technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o nap dzie elektrycznym | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w z) |
|---|--|
| Zakup cz ci zamiennych, jakich: | |
| Zakup akumulatora | |
| Zakup dodatkowego wyposa enia, jakiego: | |
| Koszty naprawy/remontu | |
| Koszty przegl du technicznego | |
| Koszty konserwacji/renowacji | |
| RAZEM | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Koszty utrzymania sprawno ci technicznej wózka: | Orientacyjny koszt (w z) | Kwota wnioskowana (w z) |
|--|--------------------------|-------------------------|
| <i>Razem</i> | | |

6.Informacje uzupe niaj ce

**Czy wnioskodawca/podopieczny* uzyska pomoc ze rodków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o
nap dzie elektrycznym?**

NIE TAK - w ramach (np. programu) w roku.

Wnioskodawca/podopieczny* u ytkuje wózek inwalidzki o nap dzie elektrycznym

NIE TAK (model, rok produkcji):

Okres gwarancyjny w zwi zku z zakupem wózka upłyn u NIE TAK, w dniu: roku.

Posiadany wózek bynaprawiany w roku:, gwarancja na napraw upłyn ya: NIE TAK, w dniu: r.

**Jakie problemy techniczne wyst puj z u ytkowanym wózkiem (jakie s istotne przes tki udzielania wsparcia
ze rodków PFRON:**

* nale y zaznaczy wi ciwe

| |
|---|
| DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostan przekazane srodki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza si uzupe nienie tych danych po podj ciu decyzji o przyznaniu dofinansowania) |
| numer rachunku bankowego |
| nazwa banku |

O wiadczam, e:

- informacje podane we wniosku i za ycznikach s zgodne z prawd oraz przyjmuj do wiadomo ci, e podanie informacji niezgodnych z prawd , eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapozna j am(em) si z zasadami udzielania pomocy w ramach pilota owego programu sAktywny samorz d+, które przyjmuj do wiadomo ci i stosowania oraz przyj j am(em) do wiadomo ci, e tekst programu jest dost pny pod adresem: www.pfron.org.pl, a tak e: www.pcpr.pleszew-info

3. przyjmuj do wiadomości i stosowania, iż wydanie 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,
4. przyjmuj 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,
5. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiń zaniej przyczynę tych po mojej stronie: tak - nie,
6. przyjmuj do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie może pisać, lecz może 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 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 zostaje użyty na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

.....dnia/...../20.....rok
wnioskodawca

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe wiersze (wiersze 6-12)

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (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 | O wiadczenie o wysokości miesięcznych dochodów brutto 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 | O wiadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolności czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 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"/> | |
| 6 | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |