

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - obszar D

STRONA 5

| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | ORIENTACYJNA CENA brutto (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) |
|---|---------------------------|--------------------------|
| <b>Razem</b>                                    |                           |                          |

#### 6. Informacje uzupełniające

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

\*- należy zaznaczyć właściwe

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

#### Oświadczam, że:

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą (oświadczam to pod groźbą odpowiedzialności karnej, znam zapisy art. 233 i 297 k.k.) oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 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.mopr.chelm.pl](http://www.mopr.chelm.pl).

3. upłynęła gwarancja udzielona na użytkowany wózek lub jego elementy, o dofinansowanie których się ubiegam:  tak -  nie,

**STRONA 6**

4. 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,
5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
7. przyjmuję 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 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 6-12)**

| 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.               | Oświadczenie o wysokości średnich 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.               | Oświadczenia 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 zdolność do 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"/> |                          |
| 10.              |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 11.              |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 12.              |  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |