

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

STRONA 7

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/> Naprawa skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
<input type="checkbox"/> naprawa wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup akumulatora	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Nastawna kolumna kierownicy (dot. skutera)	
Inne, jakie:	
RAZEM	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej skutera/wózka:*	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie: skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?*

☐ NIE ☐ TAK - w ramach (np. programu) Wr.

Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym/wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym *

☐ NIE ☐ TAK (model, rok produkcji):

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów okres gwarancyjny w związku z zakupem skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym* upłynął:

☐ NIE ☐ TAK, w dniu roku (taki fakt należy udokumentować stosownym dokumentem).

Posiadany skuter/wózek* był naprawiany w roku i gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu:r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym skuterem/ wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):.....

.....

CZY WNIOSKODAWCA W 2018 LUB 2019 ROKU ZOSTAŁ POSZKODOWANY W WYNIKU DZIAŁANIA ŻYWIOŁU LUB INNYCH ZDARZEŃ LOSOWYCH (jeśli tak, to taki fakt należy udokumentować odpowiednim zaświadczeniem lub innym dokumentem)

☐ NIE ☐ TAK w roku z tyt.....

W budynku, w którym mieszka Wnioskodawca nie ma barier architektonicznych (istnieje możliwość samodzielnego poruszania się wózkiem)

☐ NIE ☐ TAK.....

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 oświęcimskiego ☐ 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 przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcproswiecim.pl.
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 **byłam(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.
8. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu.
Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

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 8-12)

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 podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów 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/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/skan 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.	Zaświadczenie lub stosowny dokument potwierdzający okres gwarancji zakupionego przedmiotu dofinansowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oryginał faktury/rachunku za naprawę wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (koszty poniesione do 180 dni przed dniem złożenia wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<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"/>	