Imię i nazwisko wnioskodawcy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - C1

|  |  |
| --- | --- |
| Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: | |
|  | |
| Dopuszczalne obciążenie wózka: | Dodatkowe wyposażenie wózka: |

**II. Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot dofinansowania** | **Orientacyjna cena brutto  (w zł)** | **Kwota wnioskowana  (w zł)** |
| **Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym** |  |  |
| **Akumulator** |  |  |
| **Inne, dodatkowe wyposażenie** |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |  |

**III. Informacje uzupełniające**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny korzystał\* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):** | **tak nie** |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada\* wózek o napędzie elektrycznym:**   **MODEL …….............................. zakupiony ze środków: ..............................................** | **rok nabycia: .............................r.**  **nie dotyczy** |
| 1. Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: ……………………..………….. | **tak - w ........... roku nie** |
| 1. Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: …………………………. | **tak - w ........... roku nie** |
| 1. **Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:** | **………………………….…….……. kg** |
| 1. **Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:** | **…………………………….……….cm** |
| 1. **Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia\* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:** | **tak nie** |
| * jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania: | **tak nie** |
| * Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka: | **tak nie** |
| 1. **Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia\* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:** | **tak nie** |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny może\* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki  o napędzie elektrycznym:** | **tak nie** |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał\* z pomocy innych osób:** | **tak nie** |
| 1. **Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują\* przeciwwskazania  do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:** | **tak nie** |
| * występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt: | **tak nie** |
| * występują masywne przykurcze wyprostne biodra: | **tak nie** |
| * zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie  w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania: | **tak nie** |

*\* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym*

Oświadczam, że:

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatowego w Myślenicach **[ ] 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.pcpr.myslenicki.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 10% ceny brutto),
6. zostałem/łam poinformowany/na, iż maksymalna kwota dofinansowania w Obszarze C zadanie 1 – pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, może wynieść 10 000 zł
7. 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,
8. 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,
9. w ciągu ostatnich 3 latbyłem(am)stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **[ ] tak ; [ ] nie**
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na rachunek dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
11. Zostałem/łam poinformowany/na , iż refundacja kosztów związanych z uzyskaniem dofinansowania na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, może dotyczyć kosztów poniesionych wyłącznie po zawarciu umowy dofinansowania.

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

Myślenice, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czytelny podpis wnioskodawcy

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **……............., dnia ……….…**

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……........................................................................................

PESEL

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania**  stwierdza się,   
   że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego. | | Tak Nie | |
| **Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy**: (***prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź***) | | | |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg | |  |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg | |  |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk | |  |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki | | pieczątka, **nr** |
|  | Dysfunkcji obu rąk | | i podpis lekarza |
|  | Dysfunkcji obu nóg | |  |
|  | Inna dysfunkcja | |  |
| **W przypadku Pacjenta**: (***prosimy o zaznaczenie właściwego pola*  *przy każdym stwierdzeniu***) | | | |
| Tak Nie | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) | |  |
| Tak Nie | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn | | pieczątka, **nr** |
| Tak Nie | Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka) | | i podpis lekarza |
| Tak Nie | Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej | |  |

***Prosimy o wypełnienie także drugiej strony***

1. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne,stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

***(proszę zakreślić  właściwe pola*****)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **nie wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem |
|  | **wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym: |
|  | niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp. |
|  | urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.) |
|  | niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.) |
|  | specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków |
|  | **kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe** |
|  | zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U) |
|  | **specjalne pasy bezpieczeństwa (np.** dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe) |
|  | w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta  (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta) |
|  | **inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające** podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), **jakie**: |