1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA (C2)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** |
| Zakup części zamiennych - jakich: |  |
| Zakup akumulatora |  |
| Zakup dodatkowego wyposażenia – jakiego: |  |
| Koszty naprawy/remontu |  |
| Koszty przeglądu technicznego |  |
| Koszty konserwacji/renowacji |  |
| **RAZEM** |  |

1. **INFORMACJE UZUPELNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?– w ramach programu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_w roku \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wnioskodawca/podopieczny użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym [ ] NIE ; [ ] TAK (model, rok produkcji): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: [ ] NIE ; [ ] TAK, w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.Posiadany wózek był naprawiany w roku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, gwarancja na naprawę upłynęła[ ] NIE ; [ ] TAK, w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. |
| Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielania wsparcia ze środków PFRON):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:[ ] NIE ; [ ] TAK, w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:** | **Orientacyjna cena brutto (w zł)** | **Kwota wnioskowana (w zł)** |
| **ŁĄCZNIE** |  |  |

**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 prawda oraz przyjmuje do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. Zapoznałam/łem się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam/łem do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) jak również [www.pcpr.myslenicki.pl](http://www.pcpr.myslenicki.pl)
4. Przyjmuje do widomości i stosowania, ze ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
5. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/łam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej
z przyczyn leżących po mojej stronie **[ ] tak ; [ ] nie**
6. Przyjmuje 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 spełnienie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy
7. Zostałem/łam poinformowany/na, iż maksymalna kwota dofinasowania w Obszarze C zadanie 2 może wynieść – 3 500 zł.
8. Zostałem/łam poinformowany/na, iż refundacja kosztów związanych z uzyskaniem dofinansowania kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym może dotyczyć kosztów poniesionych do 180 dni przed dniem złożenia wniosku.
9. Przyjmuje do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub tez rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać i/lub mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca. Wiarygodność odcisku potwierdza pracownik socjalny z rejonu wypisując obok imię i nazwisko Wnioskodawcy oraz umieszczając swoją pieczątkę imienną i 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 i/lub czytać.

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

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

Czytelny podpis wnioskodawcy