

I. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA (B 1/2)

Zadanie nr 1 – specyfikacja zakupu – proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/oprogramowania	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
SPRZĘT ELEKTRONICZNY:	
ELEMENTY SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO:	
OPROGRAMOWANIE:	
RAZEM:	
Zadanie nr 2 – specyfikacja – proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego	Orientacyjna cena brutto (kwota w zł)
RAZEM	

II. INFORMACJE UZUPELNIAJĄCE

Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie sprzętu komputerowego i oprogramowania: <input type="checkbox"/> NIE ; <input type="checkbox"/> TAK w _____ roku w ramach _____
<input type="checkbox"/> POSIADAM / PODOPIECZNY POSIADA NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE: _____
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM / PODOPIECZNY NIE POSIADA SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO UKOŃCZONE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ / PODOPIECZNEGO KURSY KOMPUTEROWE: _____

III. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Obszar wsparcia	Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 2- w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Zadanie nr 1		
Zadanie nr 2		
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 prawdą 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 przyjąłam/łem do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl jak również www.pcpr.myslenicki.pl
4. W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam/łem pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania **[] tak ; [] nie**
5. Przyjmuje do wiadomości i stosowania, że 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.
6. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/łam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie **[] tak ; [] nie**
7. 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
8. przyjmuje do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy 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 pieczętkę 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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM W JĘZYKU POLSKIM, DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Imię i nazwisko Pacjenta _____

2. PESEL 3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): _____
_____4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
.....
.....5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych /obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: _____	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: _____	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: _____	pieczętka, nr i podpis lekarza

_____, dnia _____
(miejscowość) (data)_____
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”
PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNI W JĘZYKU POLSKIM, DRUKOWANYMI LITERAMI

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA _____

2. PESEL

3. NA PODSTAWIE ZGROMADZONEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ STWIERDZA SIĘ, ŻE:

a) DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU PACJENTA DOTYCZY:

JEDNEGO OKA

OBYDWU OCZU

b) PACJENT MA ZWĘŻONE POLE WIDZENIA: NIE DOTYCZY

W OKU LEWYM DO: _____ STOPNI

W OKU PRAWYM DO: _____ STOPNI

c) PACJENT MA OBNIŻONĄ OSTROŚĆ WZROKU (W KOREKCJI): NIE DOTYCZY

W OKU LEWYM WYNOŚI: _____

W OKU PRAWYM WYNOŚI: _____

d) PACJENT JEST OSOBĄ GŁUCHONIEWIDOMĄ:

TAK NIE

_____, DNIA _____

(MIEJSCOWOŚĆ)

(DATA)

PIECZĄTKA, NR_ I PODPIS LEKARZA