

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE SPECJALISTY

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
dla osób z dysfunkcją kończyn górnych
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

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 pieczętą*):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/ od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

Moduł I Obszar B Zadanie nr 1,3

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
SPECJALISTY**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” dla osób z
dysfunkcją narządu wzroku, gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04 - O oraz dla osób do 16 roku
życia

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent jest osobą niewidomą:

☐ tak ☐ nie

b) Pacjent jest osobą niedowidzącą

☐ tak ☐ nie

c) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

d) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym do: stopni

☐ w oku prawym do:stopni

e) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): ☐ nie dotyczy

☐ w oku lewym wynosi:

☐ w oku prawym wynosi:

f) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak ☐ nie

....., dnia
miejscowość data

.....
pieczętka lekarza, nr i podpis

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
SPECJALISTY**

(dotyczy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu, których orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jest wydane z innego powodu lub dotyczy wniosku osoby niepełnosprawnej w wieku do lat 16 – ubytek słuchu wynosi powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym, stan ten musi być potwierdzony w odpowiednim dokumencie lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza specjalistę;)

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

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL.....
3. Adres zamieszkania.....
4. Zaświadcza się ze ubytek słuchu osoby niepełnosprawnej wynosi.....(db).

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Oświadczam, że:

nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

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.mops.siemianowice.pl.

posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów realizacji zadania określone obowiązującymi przepisami pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” (jeśli dotyczy).

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.

.....
data i podpis

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:
.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:
.....

postanowieniem Sądu:
.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:
.....

z dn. repet. nr

.....
(data)

.....
(podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....
(data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Prośba o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Pesel:

Na podstawie rozdziału I ust. 4 dokumentu pn. „Zasady (...)”, zwracam się do Realizatora programu z prośbą o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” na zadanie:

☐ Obszar A Zadanie 1	☐ Obszar A Zadanie 2	☐ Obszar A Zadanie 3
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu ruchu)	pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (dysfunkcja narządu słuchu)
☐ Obszar A Zadanie 4	☐ Obszar B Zadanie 1	☐ Obszar B Zadanie 2
pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu (dysfunkcja narządu słuchu)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja wzroku lub obu rąk)	dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego
☐ Obszar B Zadanie 3	☐ Obszar B Zadanie 4	☐ Obszar B Zadanie 5
pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja wzroku, umiarkowany stopień niepełnosprawności)	pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego, oprogramowania (dysfunkcja słuchu)	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej zakupionego sprzętu elektronicznego
☐ Obszar C Zadanie 1	☐ Obszar C Zadanie 2	☐ Obszar C Zadanie 3
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy na III lub IV poziomie jakości
☐ Obszar C Zadanie 4	☐ Obszar C Zadanie 5	☐ Obszar D
pomoc w utrzymaniu sprawności posiadanej protezy na III lub IV poziomie jakości	Pomoc w zakupie skutera elektrycznego lub napędu elektrycznego do wózka ręcznego	pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej
☐ MODUŁ II		
pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym		

Informacje dodatkowe:

.....
.....
.....

Data, podpis Wnioskodawcy

.....

Lista załączników:

- orzeczenie o niepełnosprawności dla osób do 16 r.ż. (jeśli dotyczy),
- orzeczenie o znacznym bądź umiarkowanym stopniem niepełnosprawności
- akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka,
- dokument stanowiący opiekę prawną – przedstawiciel ustawowy - jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną (jeśli dotyczy),
- osoba z dysfunkcją narządu wzroku z orzeczeniem o niepełnosprawności: zaświadczenie lekarskie (okulista) w przypadku osób do 16 r.ż.,
- osoba z dysfunkcją obu kończyn górnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczeniem o niepełnosprawności: zaświadczenie lekarskie (specjalista) (dysfunkcja obu rąk),
- osoba z dysfunkcją narządu wzroku ze znacznym stopniem niepełnosprawności - zaświadczenie lekarskie (okulista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04-O oraz osoba niewidoma,
- osoba z dysfunkcją narządu wzroku z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności - zaświadczenie lekarskie (okulista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 04-O,
- osoba z dysfunkcją narządu słuchu: zaświadczenie lekarskie (specjalista) w przypadku osób do 16 r.ż.,
- osoba z dysfunkcją narządu słuchu: zaświadczenie lekarskie (specjalista) w przypadku osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 03-L,
- oferta cenowa,
- klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych,
- pełnomocnictwo notarialne lub w zwykłej formie pisemnej - jeśli wniosek składa pełnomocnik),
- zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy) w przypadku osób, które osiągnęły wiek emerytalny.(jeśli dotyczy)
- fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności,
- oświadczenie osoby niepełnosprawnej, celem zapoznania i podpisania,
- prośba o przywrócenie terminu na złożenie wniosku w ramach programu Aktywny Samorząd (jeśli dotyczy).