

.....
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 że ubytek słuchu osoby niepełnosprawnej wynosi.....(db).

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczęć, 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:

- znaczne lub umiarkowane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z dysfunkcją narządu słuchu 03L,
- dokument stanowiący opiekę prawną – przedstawiciel ustawowy - jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną (jeśli dotyczy)
- w przypadku wnioskodawcy z dysfunkcją narządu słuchu: zaświadczenie lekarskie (specjalista), 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
- dowód rejestracyjny przystosowywanego samochodu
- 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 założenie wniosku w ramach programu Aktywny Samorząd (jeśli dotyczy).