

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
SPECJALISTY
(dotyczy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu)

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

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL.....

3. Adres zamieszkania.....

3. Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia (w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń).

☐ tak

☐ nie

....., 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 programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(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 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 znacznym bądź umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z dysfunkcją narządu ruchu lub osoba do 16 roku życia z dysfunkcją narządu ruchu
- akt urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka,
- dokument stanowiący opiekę prawną – przedstawiciel ustawowy - jeśli sprawa dotyczy osoby pod opieką prawną (jeśli dotyczy),
- zaświadczenie lekarskie (specjalista), gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 05-R,
- oferta cenowa,
- dowód rejestracyjny przystosowywanego samochodu,
- 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 założenie wniosku w ramach programu Aktywny Samorząd (jeśli dotyczy)