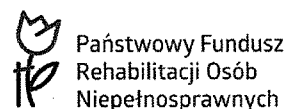


Wypełnia realizator  
 Nr sprawy: .....  
 Data wpływu:.....



Program finansowany ze środków PFRON

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

#### Moduł I

#### Obszar C Zadanie 1

#### pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

#### 1. Informacje ogólne

WNIOSEK DOTYCZY:		<input type="checkbox"/> osoby dorosłej	<input type="checkbox"/> dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej
(proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)			
Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: samodzielne <input type="checkbox"/>		wspólne <input type="checkbox"/>	
<b>DANE WNIOSKODAWCY/RODZICA/PREDSTAWICIELA</b>			
Imię i nazwisko	.....	Data urodzenia	.....
Dowód osobisty	Seria, numer .....	Wydany w dniu	.....
	Wydany przez.....	Waży do dnia	.....
Płeć	.....	PESEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (miejsce gdzie wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)</b>			
Ulica	.....	Nr domu .....	Nr lokalu .....
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>
Województwo	.....	Inne miasto	<input type="checkbox"/>
		Wieś	<input type="checkbox"/>
<b>MIEJSCE ZAMELDOWANIA (należy wpisać, jeżeli jest inne niż adres zamieszkania)</b>			
Ulica	.....	Nr domu .....	Nr lokalu .....
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>
Województwo	.....	Inne miasto	<input type="checkbox"/>
		Wieś	<input type="checkbox"/>
ADRES DO KORESPONDENCJI	.....		
Jeżeli jest inny niż adres zamieszkania	.....		
<b>DANE KONTAKTOWE: NR TELEFONU.....</b>		<b>ADRES E-MAIL .....</b>	

### DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Imię i nazwisko	.....	Data urodzenia	.....
Dowód osobisty	Seria, numer	Wydany w dniu	.....
	Wydany przez	Ważny do dnia	.....
Płeć	.....	PESEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Czy dziecko/podopieczny zamieszkuje razem z Wnioskodawcą		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b> (należy uzupełnić w przypadku gdy dane różnią się od danych dotyczących Wnioskodawcy)			
Ulica	.....	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>
Województwo	.....	Inne miasto	<input type="checkbox"/>
		Wieś	<input type="checkbox"/>
<b>MIEJSCE ZAMELDOWANIA</b> (należy wpisać, jeżeli jest inne niż adres zamieszkania)			
Ulica	.....	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	.....	Kod pocztowy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Powiat	.....	Miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/>
		Inne miasto	<input type="checkbox"/>
		Wieś	<input type="checkbox"/>
<b>ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI SKORZYSTANIA Z DOFINANSOWANIA</b>			
PCPR w Tucholi	<input type="checkbox"/>	Media	<input type="checkbox"/>
		PFRON	<input type="checkbox"/>
Inne, jakie.....			

### STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK (wnioskodawcy **lub** dziecka/podopiecznego)

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:  okresowo do dnia: .....  bezterminowo

#### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-0</b>				
<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia ( <i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i> ):				
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA (wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego)</b>				
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia:..... <input type="checkbox"/> bezrobotna/y <input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....			Nazwa pracodawcy: .....	
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....			Adres miejsca pracy: .....	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę			.....	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę			Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna			.....	
<input type="checkbox"/> staż zawodowy			.....	
<input type="checkbox"/> <b>działalność gospodarcza</b>		<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr..... dokonanego w urzędzie: .....		
Nr NIP: .....		<input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....		
<input type="checkbox"/> <b>działalność rolnicza</b>		Miejsce prowadzenia działalności: .....		

<b>ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE (wnioskodawcy lub dziecka/podopiecznego)</b>		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	





#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	
Dopuszczalne obciążenie wózka:	Dodatkowe wyposażenie wózka:

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Akumulator		
Inne, dodatkowe wyposażenie		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) ..... w .....
Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

\*- należy zaznaczyć właściwe

#### 7. Informacje dot. rachunku bankowego

<b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,</b> na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
numer rachunku bankowego .....
nazwa banku .....

#### 7. Załączniki

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie, pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Oświadczam, że:**

1. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. Zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego 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](http://www.pfron.org.pl), a także na stronie pcpptuchola.pl;
3. W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:  tak -  nie;
4. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto);
5. 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;
6. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną;
7. W ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie;
8. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na rachunek dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając 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, lecz mogącego czytać.

..... dnia ..... / ..... / 20..... r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**





**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW**  
**(przed wypełnieniem oświadczenia należy zapoznać się z informacjami**  
**znajdującymi się poniżej)**

Pouczony(a)\* o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny – Dz.U. z 2018, poz. 1600 ze zmianami) oświadczam, że:

ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)

*(imię i nazwisko Wnioskodawcy)*

.....

*(miejsowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)*

niniejszym oświadczam, że:

- 1) prowadzę wspólne/samodzielne\*\* gospodarstwo domowe;
- 2) średni miesięczny dochód **netto** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł (słownie złotych: .....).

Oświadczam, że zostałem(am) pouczony(a) o odpowiedzialności karnej. Pouczenie zrozumiałem(am) i przyjąłem(am) do wiadomości i stosowania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

*(miejsowość, data)*

.....

*(podpis Wnioskodawcy)*

\* pouczenie Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 6. Przepisy § 1 [...] stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie [...].

\*\* niepotrzebne skreślić

1. Przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy (obliczony zgodnie ze wzorem z ust. 5), o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 2220 z późn.zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu

Załącznik wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2017 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. - M.P. 2018, poz. 911), według wzoru:  $[(3.399 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/ \text{liczba osób}$  w gospodarstwie domowym wnioskodawcy.

2. Gospodarstwo domowe wnioskodawcy – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

a) wspólne gospodarstwo – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

lub

b) samodzielne gospodarstwo – gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu,

przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów.

3. W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

4. Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym.

5. Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\text{Średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą} = \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód netto}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym}}$$

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWAŻANIA DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWYM  
CENTRUM POMOCY RODZINIE W TUCHOLI

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 7 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi, z siedzibą ul. Pocztowa 7, 89-500 Tuchola, tel. 052 559 20 18.
- Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: inspektor.rod@wp.pl
- Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z art. 6, ust. 1, lit. a) oraz art. 9, ust. 2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 7 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) do celów związanych z rozpatrzeniem wniosku i/lub przyznaniem dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”.
- Ma Pan/Pani prawo wglądu do treści swoich danych oraz prawo do żądania ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz do przenoszenia danych w przypadkach określonych w Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 7 kwietnia 2016 r.
- Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazywane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z siedzibą Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- Zebrane dane będą przechowywane przez 10 lat zgodnie z Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
- Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania dofinansowania.
- Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem.
- W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi nie podejmuje się decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym dane osobowe nie są profilowane.

- Dodatkowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi dostępne na stronie internetowej [www.pcpertuchola.pl](http://www.pcpertuchola.pl) oraz w siedzibie jednostki

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną, znajdującą się powyżej;

.....  
Data i podpis Wnioskodawcy

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi  
dot. wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Imię i nazwisko Wnioskodawcy/Podopiecznego .....

Data urodzenia .....

PESEL.....

Adres .....

Przedmiot wniosku: pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

Tak  Nie

Stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego

Tak  Nie

Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

Tak  Nie

Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

Tak  Nie

Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka

Tak  Nie

Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej

**Data**

**Podpis i pieczętka lekarza specjalisty**

.....

.....

\* Zgodnie z dokumentem „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

