

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania **MODUŁ I - Obszar A Zadanie nr 4**



pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu dla osób z dysfunkcją narządu słuchu

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/> Komunikatory/tablice	
<input type="checkbox"/> Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych	
<input type="checkbox"/> Oprogramowanie, jakie:	
<input type="checkbox"/> Aplikacje, jakie:	
<input type="checkbox"/> Sygnalizator	
<input type="checkbox"/> Dodatkowe oświetlenie	
<input type="checkbox"/> Wskaźniki optyczne	
<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
<b>RAZEM</b>	

**Wnioskowana kwota dofinansowania**

Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)

**Informacje uzupełniające**

<input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....	<input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu
<input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki ..... rok produkcji ..... nr rejestracyjny ..... na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).	
<input type="checkbox"/> Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa) .....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji ....., nr rejestracyjny .....	
<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM OPRZYRĄDOWANIA SAMOCHODU <input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRĄDOWANIE SAMOCHODU: .....	
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRĄDOWANIA SAMOCHODU: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w ..... roku w ramach .....	

**Załączniki wymagane do wniosku**

1	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>
2	Zaświadczenie lekarskie (lub inny dokument) potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>
3	<b>Załącznik nr 1</b> - oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>
3	<b>Załącznik nr 2</b> - oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym	<input type="checkbox"/>
4	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>
6	Kserokopia dowodu rejestracyjnego	<input type="checkbox"/>
7	dowód osobisty – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>
8	Faktura Vat lub faktura proforma	<input type="checkbox"/>

.....  
**Miejscowość data**

.....  
**podpis wnioskodawcy**