

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)	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**

<b>Cena brutto 100%</b>	<b>Kwota wnioskowana</b> (100% - 15% udziału własnego)
-------------------------	---

**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 OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU
<input type="checkbox"/> POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: .....
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA 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**