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)*** |
| □ | Komunikatory/tablice |  |
| □ | Tablet/telefon z możliwością rozmów tekstowych  |  |
| □ | Oprogramowanie, jakie: |  |
| □ | Aplikacje, jakie: |  |
| □ | Sygnalizator |  |
| □ | Dodatkowe oświetlenie  |  |
| □ | Wskaźniki optyczne |  |
| □ | inne, jakie: |  |
| □ | inne, jakie: |  |
| □ | inne, jakie: |  |
| □ | inne, jakie: |  |
|  | **RAZEM** |  |

**Wnioskowana kwota dofinansowania**

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

**Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
|  Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:...................................rok produkcji .............., nr rejestracyjny ..................................... Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu |
|  Użytkuję samochód marki ..................................... rok produkcji ........... nr rejestracyjny .......................... na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.). 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 ................ |
|  NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU: ............................................................................................................................. |
| CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:NIE  TAKw ............ roku w ramach .............................................................................................. |

***Załączniki wymagane do wniosku***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego |  |
| 2 | Zaświadczenie lekarskie (lub inny dokument) potwierdzające ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) – o ile dotyczy |  |
| 3 | **Załącznik nr 1** - 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 |  |
| 3 | **Załącznik nr 2** - oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym |  |
| 4 | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny |  |
| 6 | Kserokopia dowodu rejestracyjnego |  |
| 7 | dowód osobisty – oryginał do wglądu |  |
| 8 | Faktura Vat lub faktura proforma |  |

**………………………………………….. ……………………………………………….**

**Miejscowość data** **podpis wnioskodawcy**