



Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK „M-I”**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd”****Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową****Obszar A – Zadanie nr 1****pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania samochodu**

DANE WNIOSKODAWCY ROLA WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Zawartość
Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczanego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Na mocy pełnomocnictwa poświadczanego/ niepoświadczanego notarialnie z dnia:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

Do wniosku należy dołączyć skan pełnomocnictwa umieszczając go na liście załączników.

Jako pełnomocnik oświadczam, iż nie jestem i w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jestem i nie byłem w żaden inny sposób powiązany z zarządaniem tych firm poprzez, np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.

DANE WNIOSKODAWCY
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY
DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.

Nie dotyczy

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB
DZIECKA/PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Niezdolność do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/ pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
 02-P – choroby psychiczne
 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 osoba głucha
 osoba głuchoniema
 04-O – narząd wzroku
 osoba niewidoma
 osoba głuchoniewidoma
 05-R – narząd ruchu
 Wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 Dysfunkcja obu kończyn górnych
 06-E – epilepsja
 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
 08-T – choroby układu pokarmowego
 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
 10-N – choroby neurologiczne
 11-I – inne
 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego lub jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/ pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.

- nie dotyczy
 nieaktywna/y zawodowo
 bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
 Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):
 poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)
 zatrudniony

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY MAJĄCEJ UZYSKAĆ POMOC

Forma zatrudnienia	Od dnia	Na czas nieokreślony	Do dnia
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

<input type="checkbox"/> staż zawodowy		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> wolontariat na podstawie porozumienia- porozumienie z korzystającym powinno obejmować co najmniej 6 miesięcy i trwać na dzień złożenia wniosku oraz zawarcia umowy dofinansowania		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

- Nie dotyczy
 Przedszkole
 Szkoła podstawowa
 Zasadnicza Szkoła Zawodowa
 Technikum
 Liceum
 Szkoła policealna
 Kolegium
 Studia I stopnia
 Studia II stopnia
 Studia magisterskie (jednolite)
 Studia podyplomowe
 Studia doktoranckie
 Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
 Szkoła doktorska
 Uczelnia zagraniczna
 Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
 Każda inna, jaka:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?

tak nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:	

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:

tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w definicjach pojęć określonych w dokumencie pn. „Kierunki działań (...)”.

Czy Wnioskodawca w ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak nie

UZASADNIENIE WNIOSKU

Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):

.....

.....

.....

.....

Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):

tak nie

Posiadam oprzyrządowanie samochodu (dostosowane do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności):

tak nie

Opis posiadanego dodatkowego wyposażenia:

.....

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu:

tak nie

Użytkuję samochód na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.):

tak nie

Zamierzam kupić samochód:

tak nie

Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych (w obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym):

tak nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU

- firma handlowa
- media
- Realizator programu
- PFRON
- inne, jakie:

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

indywidualne wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

słownie:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy - *dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, 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 z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, według wzoru: $[\text{przeciętny dochód z ha} \times \text{liczba hektarów}] / 12 / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$).*

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (...), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 1

Przedmiot pomocy	Cena brutto (w zł)	Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł)
<input type="checkbox"/> dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie		
<input type="checkbox"/> automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła		
<input type="checkbox"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia		
<input type="checkbox"/> specjalne siedzenia		
<input type="checkbox"/> elektroniczna obręcz przyspieszenia		
<input type="checkbox"/> ręczny gaz – hamulec		
<input type="checkbox"/> elektryczny hamulec postojowy		
<input type="checkbox"/> uchwyty, gałki montowane na kierownicy		
<input type="checkbox"/> przedłużenie pedałów		
<input type="checkbox"/> sterowanie elektroniczne [piloty wielofunkcyjne, pulpity sterujące na kierownicy; inne urządzenia sterujące (światła, wycieraczki, inne), np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie]		
<input type="checkbox"/> sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła, kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał dźwiękowy)		
<input type="checkbox"/> automatyczny/elektroniczny mechanizm otwierania/zamykania drzwi/klapy		
<input type="checkbox"/> podnośnik, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidzkiego (mechaniczne)		

<input type="checkbox"/> podnośnik, rampa lub platforma do wózka inwalidzkiego (elektroniczne)		
<input type="checkbox"/> winda (obowiązek-UDT), winda podpodłogowa		
<input type="checkbox"/> mocowanie wózków (dokowanie mechaniczne, elektroniczne), stosownie do potrzeby indywidualnej		
<input type="checkbox"/> fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku		
<input type="checkbox"/> przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników		
<input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania		
<input type="checkbox"/> podwyższona konstrukcja dachu		
<input type="checkbox"/> obniżona podłoga		
<input type="checkbox"/> inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):		
Razem:		
Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) – łącznie:		
Procentowy udział własny wnioskodawcy – łącznie:		

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Zestaw załączników określa Realizator

Lp.	Nazwa
1	Orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne) lub w przypadku osób do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności
2	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu.
3	Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku), w przypadku osób z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń.
4	Kserokopia dowodu rejestracyjnego.
5	Kopia aktu urodzenia dziecka – w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.
6	Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.

7	fakultatywnie: oferta cenowa
8	fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności
9	dokument potwierdzający zatrudnienie (w tym wolontariat trwający co najmniej 6 miesięcy) w przypadku osób, które osiągnęły wiek emerytalny
Realizator ma możliwość wezwać Wnioskodawcę do okazania oryginału dokumentu.	

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez PCPR w Nakle nad Notecią oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd” do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią przy ul. Dąbrowskiego 46 (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze Oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie – inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy – niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią przy ul. Dąbrowskiego 46 (administratora danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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). Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Zapoznałem/am się z **KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu „Aktywny Samorząd” w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią** i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.

.....
data i podpis osoby składającej Oświadczenie

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej....., dnia
miejsowość data**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Adres

3. PESEL

4. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

 TAK NIE

5. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

 neurologicznym (10-N) całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C) innych, jakich:
.....

I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

 TAK NIE

6. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

 kończyny dolnej kończyny górnej kończyn dolnych kończyn górnych inne, jakie:, dnia
(miejsowość) (data).....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu:

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<input type="checkbox"/>	dotatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz - hamulec	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektryczny hamulec postojowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	uchwyty, gałki montowane na kierownicy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne [piloty wielofunkcyjne, pulpity sterujące na kierownicy; inne urządzenia sterujące (światła, wycieraczki, inne), np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie]	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła, kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał dźwiękowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczny/elektroniczny mechanizm otwierania/ zamykania drzwi/klapy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidzkiego (mechaniczne)	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	podnośnik, rampa lub platforma do wózka inwalidzkiego (elektroniczne)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	winda (obowiązek-UDT), winda podpodłogowa	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	mocowanie wózków (dokowanie mechaniczne, elektroniczne), stosownie do potrzeby indywidualnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podwyższona konstrukcja dachu	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	obniżona podłoga	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)