



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Nr sprawy: PCPR. 41125.AS.M I. .2019

Wniosek złożono w Powiatowym Centrum Pomocy
Rodzinie w Głubczycach

w dniu.....



WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny Samorząd”

Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową

OBSZAR C - likwidacja barier w poruszaniu się

Zadanie 4 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny

CZĘŚĆ A

I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY, DZIECKU /PODOPIECZNYM – należy wypełnić wszystkie pola

1. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA RODZIC DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO OPIEKUN PRAWNY

Imię Nazwisko..... Data urodzenia.....r.

Dowód osobisty seria.....numer.....wydany w dniur.

przez.....ważny do.....r.

Płeć : kobieta mężczyzna

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:

samodzielnie wspólne

Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w przeliczeniu na jedną osobę

w gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku:.....zł

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy : ____ - ____
(poczta)

Miejscowość.....

Ulica.....

Nr domuNr m.

Powiat.....

Województwo.....

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy : ____ - ____

(poczta)

Miejscowość.....

Ulica.....

Nr domuNr m.

Powiat

Województwo.....

nie dotyczy

Kontakt telefoniczny: nr kier..... nr telefonu...../nr tel. komórkowego:.....

Adres korespondencyjny:

(jeśli jest inny od adresu zamieszkania).....

e-mail:.....

Podstawa do reprezentowania osoby niepełnosprawnej (w przypadku opiekunów prawnych i pełnomocników)

.....

2. DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE DZIECKA /PODOPIECZNEGO (Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie)	
DANE PERSONALNE	ADRES ZAMELDOWANIA (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)
Imię.....	Kod pocztowy : ___ - ___ - ___..... (poczta)
Nazwisko.....	Miejscowość.....
Data urodzenia.....	Ulica.....
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"/>	Nr domuNr m.
Pełnoletni : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Powiat
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Województwo.....
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy

3.STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się i dofinansowanie)		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i 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
<input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna do 16 roku życia		
Orzeczenie ważne: <input type="checkbox"/> okresowo do <input type="checkbox"/> bezterminowo		
Niepełnosprawność istnieje: <input type="checkbox"/> od urodzenia <input type="checkbox"/> od roku:		
PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU , 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 porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego : tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> NARZĄD SŁUCHU , w zakresie: <input type="checkbox"/> głuchota jednego ucha <input type="checkbox"/> głuchota całkowita		
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU , w zakresie: <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca		
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):		
<input type="checkbox"/> 01 -U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 05-R upośledzenie narządu ruchu
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja
		<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia
		<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego
		<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo- płciowego
		<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne
		<input type="checkbox"/> 11-I inne
		<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

4. WYKSZTAŁCENIE ZDOBYTE PRZEZ OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ (Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie)		
<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:	
OBECNIE OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA POBIERA NAUKĘ		
<input type="checkbox"/> szkoła podstawowa	<input type="checkbox"/> gimnazjum	<input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa
<input type="checkbox"/> liceum	<input type="checkbox"/> technikum	<input type="checkbox"/> szkoła policealna
<input type="checkbox"/> kolegium	<input type="checkbox"/> studia (I i II stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe
<input type="checkbox"/> studia doktoranckie	<input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE	<input type="checkbox"/> inna, jaka:
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły.....klasa/rok.....Kod pocztowy.....		
Miejscowość.....ulica.....Nr domu.....		
Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:.....		

5. OBECNE ZATRUDNIENIE I AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (Dotyczy osoby uprawnionej do ubiegania się o dofinansowanie)	
zarejestrowany jako: <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> poszukujący pracy i nie pozostający w zatrudnieniu	
w okresie: <input type="checkbox"/> dłuższym niż 6 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku	
<input type="checkbox"/> krótszym niż 6 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku	
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki:.....	Nazwa pracodawcy:..... Adres miejsca pracy:..... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy i pracę stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy	
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP:.....	<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr dokonanego w urzędzie:..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:.....
<input type="checkbox"/> nie dotyczy	

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTÓW DOFINANSOWANIA

1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Kosztu przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
RAZEM	

2. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Wkład własny 10%	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszt utrzymania sprawności technicznej protezy			
Koszt dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON		x	
ŁĄCZNIE			

*Maksymalna kwota dofinansowania – **do 30 % kwot** : dla protezy na III poziomie jakości, przy amputacji: – w zakresie ręki- 9 000, - przedramienia- 20 000, - ramienia lub wyluszczenia w stawie barkowym – 26 000, - na poziomie podudzia – 14 000, na wysokości uda (także przez staw kolanowy) -20 000, uda lub wyluszczenia w stawie biodrowym – 25 000, z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w wyjątkowych przypadkach i wyłącznie wtedy, gdy celowość zwiększenia jakości protezy do poziomu dla zdolności do pracy wnioskodawcy, zostanie zarekomendowana przez eksperta PFRON. Dla refundacji kosztów dojazdu beneficjenta programu na spotkanie z ekspertem PFRON lub kosztów dojazdu eksperta PFRON na spotkanie z beneficjentem programu – w zależności od poniesionych kosztów, nie więcej niż 200.

* Minimalny udział własny wynosi 10% ceny brutto usługi

3. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ , po amputacji: <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczenia w stawie barkowym	PROTEZA NOGI , po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje – opis techniczny protezy (elementy, fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	
Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:.....	
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny	
Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:	
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w.....roku w ramach.....	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w dniu:.....r	
Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w dniu:.....r	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Imię i nazwisko, adres właściciela rachunku bankowego.....
nazwa banku.....
nr rachunku bankowego.....

**IV. UZASADNIENIE DO UBIEGANIA SIĘ O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA
W OBSZARZE C ZADANIE 4 – POMOC W UTRZYMANIU SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEJ
PROTEZY KOŃCZYNY**

1. Uzasadnienie wniosku

Proszę wskazać związek udzielania dofinansowania z możliwością realizacji celów programu). W przypadku gdy Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie do sprzętu, urządzenia do którego otrzymał już dofinansowanie w poprzednich latach należy wskazać istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji zawodowej

(zawód, staże, kursy, zatrudnienie, rejestracja w UP)

.....
.....
.....

3. Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji edukacyjnej

(kontynuacja edukacji, zdobycie wykształcenia, zdobycie zawodu)

.....
.....
.....
.....

4. Aktualna sytuacja Wnioskodawcy w obszarze aktywizacji społecznej

(nawiązywanie kontaktu z rówieśnikami, zaangażowanie w działalność społeczną, przynależność do stowarzyszeń lub organizacji pozarządowych, udział w zajęciach organizowanych przy placówkach pomocy społecznej)

.....
.....
.....
.....

5. Plan aktywizacji zawodowej

.....
.....
.....
.....

6. Plan aktywizacji edukacyjnej

.....
.....
.....
.....

7. Plan aktywizacji społecznej

.....
.....
.....
.....

V. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. *fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby*), w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacja Wnioskodawcy
1) Czy niepełnosprawność osoby uprawnionej do dofinansowania jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.	<input type="checkbox"/> tak – 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – 3 przyczyny niepełnosprawności
2) Czy w gospodarstwie domowym osoby uprawnionej o dofinansowanie są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (więcej niż jedna osoba)
3) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie?) np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe itp. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 13 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4) Czy Wnioskodawca posiada wyróżnienia lub udziela się społecznie jako wolontariusz, jeżeli tak, to proszę wykazać (w okresie trzech lat wstecz od daty złożenia wniosku)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać):
5. Czy osoba uprawniona o dofinansowanie w 2018 lub 2019 roku została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 11 pkt. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (proszę opisać):

Oświadczam, że:

- o wnioskowanie w ramach niniejszego wniosku, dofinansowanie ze środków PFRON, **ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR Głubczyce** tak nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz otrzymuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek do dalszego rozpatrywania,
- 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 , a także pod adresem: www.pcpr.powiatglubczycki.pl,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: tak nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 10% ceny brutto**):
 tak nie,

6. na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: tak nie
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków NFZ, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych.
8. 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, uznana będzie za doręczoną,
9. w ciągu **ostatnich 3 lat byłam(em)** strona umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak nie,
10. 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 spełnienie warunków uczestnictwa, określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy/usługodawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Głubczyce, dnia/...../20.....r.

.....
podpis Wnioskodawcy

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca. Wiarygodność odcisku potwierdza pracownik wpisując obok imię i nazwisko Wnioskodawcy oraz umieszczając swoją pieczętkę imienną i 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.

Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPELNIŁ WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - oryginały do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2e do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonego przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)- wypełnione przez wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny- oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę/ Podopiecznego, ze szkoły lub uczelni – dotyczy osób uczących się.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Zaświadczenie o zatrudnieniu Wnioskodawcy – dotyczy osób zatrudnionych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Zaświadczenie kierownika Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby (w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Dwie propozycje (oferty) specyfikacji i kosztorys naprawy protezy (sporządzone wg wzoru w załączniku nr 6 do wniosku) - z dwóch niezależnych protezowni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Specyfikacja i kosztorys naprawy protezy dla Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru w załączniku nr 7 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Zaświadczenie Wnioskodawcy poszkodowanego. Poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych- zgodnie z ust.31 pkt 24 dokumentu:” Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu Aktywny samorząd w 2019”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

W związku z brakiem dokumentuzobowiązuję się dostarczyć w/w dokument(y) do dniaW przypadku niewywiązania się z dostarczenia brakujących dokumentów z wyznaczonym terminie wniosek nie będzie podlegał rozpatrzeniu.

Głubczyce, dnia/...../20.....r.

.....
podpis Wnioskodawcy