

Data złożenia wniosku:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

Program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „O” – wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Moduł I	Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar C	Likwidacja barier w poruszaniu się
Zadanie nr 5	Pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego.

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

PESEL

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Dowód osobisty (podać w przypadku braku nr PESEL)

Dowód osobisty seria numer wydany w dniur. ważny do

wydany przez

Stan cywilny: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

miejscowość ul. nr domu nr lokalu

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

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

e'mail :

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu

☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - Realizator programu (PCPR) ☐ - PFRON
☐ - inne, jakie:

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.trzebnica.pl

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”					
DANE PERSONALNE Imię Nazwisko Data urodzenia:..... r. PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pełnoletni: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna			MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) (jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały) Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pocztą) Miejscowość Ulica Nr domu Nr lok. Powiat Województwo		
STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO					
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność 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"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia					
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: <input type="checkbox"/> bezterminowo					
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO					
<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> obu kończyn górnych</div> <div><input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych</div> <div><input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej</div> <div><input type="checkbox"/> innym</div> </div>					
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>					
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>					
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):					
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne	

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

<input type="checkbox"/> ŻŁOBEK	<input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE	<input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA
<input type="checkbox"/> GIMNAZJUM	<input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY	
<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
<input type="checkbox"/> INNA, jaka		<input type="checkbox"/> nie dotyczy

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

Średnia ocen za ostatni rok nauki (świadectwo):, w skali: ☐ - (od 1 do 6) ☐ - innej, jakiej:

Osiągnięcia w nauce i wychowaniu (np. olimpiady, konkursy, wyróżnienia, wolontariat):

.....

.....

.....

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)
☐ niezatrudniona/y: od dnia: ☐ rejestracja w UP jako osoba bezrobotna: od dnia:

☐ rejestracja w UP jako osoba poszukująca/y pracy: od dnia: ☐ nie dotyczy

☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia:

☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące

☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące

☐ zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)

☐ staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265, z późn. zm.)

Nazwa pracodawcy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Adres miejsca pracy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r., poz. 646, z późn. zm.)

Nr NIP:

☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr dokonanego w urzędzie:

☐ inna, jaka i na jakiej podstawie:

☐ działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r., poz. 2336)

Miejsce prowadzenia działalności:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

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.

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 LAT PRZED ROKIEM , w którym złożony został wniosek o dofinansowanie?		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Nazwa programu lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc	Przedmiot dofinansowania (co zostało dofinansowane ze środków PFRON)	Wysokość dofinansowania
Razem uzyskane dofinansowanie:		

3. 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. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>9) Uzasadnienie wniosku. Jeśli dotyczy, należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania.</p> <p>2) Należy wskazać na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, tzn. w jaki sposób wnioskowany sprzęt/usługa wpłynie na aktywizację społeczną, edukacyjną, zawodową lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych?</p> <p>3) Czy przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia?</p>	<p style="text-align: center;">Załącznik – uzasadnienie (brak uzasadnienia powoduje obniżenie punktacji merytorycznej)</p>
<p>4) Czy niepełnosprawność podopiecznego Wnioskodawcy jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>5) Czy Wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)?</p> <p>Np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.</p> <p>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeśli tak to należy potwierdzić to kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby. Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane wniosek uzyska dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska punktów jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>8) 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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>9) Czy podopieczny jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu - proszę wybrać właściwy	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym:	
Oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego, jakie:	
RAZEM:	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

<p>Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego?</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (model, rok produkcji):</p>
<p>Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego?</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) wr..</p>
<p>Jeśli Wnioskodawca otrzymał w latach wcześniejszych dofinansowanie do zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego, proszę podać przesłanki wskazujące potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania:</p>

*- należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

1. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcpr.trzebnica.pl,
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(-em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego: ☐ tak - ☐ nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 35%** ceny brutto),
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków PFRON,
7. 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 spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
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, uznawana będzie za doręczoną,
9. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(-am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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

..... dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnoletniej, w imieniu , której występuje opiekun prawny.	<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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru - 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 aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności należy dołączyć pełnomocnictwo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania (nieobowiązkowa).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	W przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę – należy przedłożyć zaświadczenie od pracodawcy wskazujące okresy zatrudnienia – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności rolniczej – jeżeli dotyczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej – jeżeli dotyczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Dokument potwierdzający poszkodowanie w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych – jeżeli dotyczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Dowód osobisty – oryginał do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Inne załączniki (należy wymienić):			
14.				
15.				

Załącznik – uzasadnienie

MIEJSCE NA DODATKOWY WPIS DO RUBRYK WNIOSKU

(należy wpisać treści nie mieszczące się w powyższych polach z odpowiednią adnotacją).

[illegible]

MIEJSCE NA DODATKOWY WPIS DO RUBRYK WNIOSKU

(należy wpisać treści nie mieszczące się w powyższych polach z odpowiednią adnotacją).

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

INFORMACJE:

AKTYWNY SAMORZĄD

OBSZAR C ZADANIE 5 - pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego,

Celem programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

Cele szczegółowe programu:

- przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych,

WARUNKI UCZESTNICTWA:

- osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny stopień niepełnosprawności (a w przypadku osób do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności),
- wiek do 18 lat lub wiek aktywności zawodowej,
- w przypadku osób w wieku emerytalnym wymagane jest zatrudnienie,
- dysfunkcja narządu ruchu, powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się,
- zgoda lekarza specjalisty na użytkowanie wnioskowanego sprzętu,
- brak wymagalnych zobowiązań wobec PFRON lub realizatora programu.

DOFINANSOWANIE:

- 5.000 zł

UDZIAŁ WŁASNY:

- 35%.