

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania obszar B zadanie 2

szkolenia w zakresie obsługi urządzeń elektronicznych nabytego w ramach programu sprzęt elektronicznego

B2 Specyfikacja zakupu - p proszę wymienić szkolenie w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Nazwa szkolenia:		
Termin szkolenia:		
RAZEM		

Wnioskowana kwota dofinansowania

Obszar wsparcia*	Orientacyjna cena brutto	Kwota wnioskowana (w zł)
B2		
ŁĄCZNIE		

Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* WYSTĄPIŁ ODRĘBNYM WNIOSEM O ZAKUP SPECJALISTYCZNEGO SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO I OPROGRAMOWANIA, URZĄDZEŃ LEKTORSKICH LUB URZĄDZEŃ BRAJLOWSKICH

NIE TAK

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON NA SZKOLENIA W ZAKRESIE OBSŁUGI NABYTEGO SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO:

NIE TAK

w roku

<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni
--	--	---

DYSFUNKCJA KOŃCZYN GÓRNYCH		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja kończyn górnych co najmniej w obrębie przedramienia	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych	
--------------------------	--	--

Załączniki wymagane do wniosku

1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>
2	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	<input type="checkbox"/>
3	załącznik nr 2 - 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"/>
5	<p>w przypadku dysfunkcji narządu wzroku;</p> <p>gdy dysfunkcja narządu wzroku nie jest przyczyną wydania orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, ale wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni;</p> <p>osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia - gdy wnioskodawca przedłoży zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza okulistę potwierdzające, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek, ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,</p>	<input type="checkbox"/>
6	<p>w przypadku dysfunkcji kończyn górnych;</p> <p>zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza specjalistę potwierdzające: wrodzony brak lub amputację obu kończyn górnych – co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu wykluczającym lub znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe);</p>	<input type="checkbox"/>
7	dowód osobisty – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>
8	Faktura Vat lub faktura proforma	<input type="checkbox"/>
9	Kserokopia aktu urodzenia dziecka w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby	<input type="checkbox"/>

.....
Miejscowość data

.....
podpis wnioskodawcy