

**Wypełnia Realizator programu**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Pieczeń Realizatora programu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Data skierowania:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| SKIEROWANIE NA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> <b>BADANIE WSTĘPNE</b><br>Do skierowania na badanie wstępne należy dołączyć kopię oferty lub specyfikacji lub kosztorysu lub innego dokumentu wskazującego specyfikację techniczną i materiałową (budowa, elementy i wysokość kosztu) wykonania/ utrzymania sprawności technicznej protezy planowanej do dofinansowania ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd” |  | <input type="checkbox"/> <b>DRUGĄ WIZYTĘ</b><br>Do skierowania na drugą wizytę należy dołączyć kopię faktury VAT lub kosztorysu lub innego dokumentu wskazującego specyfikację techniczną i materiałową (budowa, elementy i wysokość kosztu) wykonania/utrzymania sprawności technicznej protezy dofinansowanej ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd” |  |
| Wnioskodawca ubiega się o pomoc w ramach programu „Aktywny samorząd”:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie nr 3 - pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Obszar C Zadanie nr 4 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Imię.....Nazwisko.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Dowód osobisty seria ..... numer .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 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"/> <input type="text"/>                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Wywiad zawodowy przeprowadzony przez Realizatora programu - Wnioskodawca po uzyskaniu wsparcia w ramach programu planuje podjąć niżej wymienioną aktywność zawodową/ kierunek zawodowy (oczekiwania Wnioskodawcy):<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Ocena ww. planu przez Realizatora programu: .....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Uwagi Realizatora programu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Data przeprowadzenia badania wstępnego:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Data drugiej wizyty:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| pieczętka i podpis EKSPERTA PFRON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |