

„Aktywny samorząd” moduł I

I Obszar A - likwidacja bariery transportowej

zadanie 1 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do samochodu (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu)

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów - zał. nr 1](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru A zadanie 1](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 2 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu)

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów - zał. nr 1](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru A zadanie 2](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 3 - pomoc w uzyskaniu prawa jazdy (adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu, w stopniu wymagającym korzystania z usług tłumacza języka migowego)

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów - zał. nr 1](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru A zadanie 3](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 4 - pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do samochodu (adresowana do osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu)

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów - zał. nr 1](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru A zadanie 4](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

II Obszar B - likwidacja barier w dostępie do uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym

zadanie 1 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku lub obu rąk),

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru B zadanie 1 \(kończyny\)](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru B zadanie 1 \(wzrok\)](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 2 - dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania,

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 3 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (adresowana do osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku),

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru B zadanie 3 \(wzrok\)](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 4 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (do 16 roku życia) lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy,

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru B zadanie 4 \(słuch\)](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 5 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

III Obszar C - likwidacja barier w poruszaniu się

Zadanie 1 - pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (adresowana do osób

z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym)

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru C zadanie 1](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 2 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności)

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 3 - pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości (adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności)

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Propozycja specyfikacji i kosztorysu protezy](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru C zadanie 3](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 4 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne - co najmniej na III poziomie jakości (adresowana do osób ze stopniem niepełnosprawności)

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Propozycja specyfikacji i kosztorysu naprawy protezy](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru C zadanie 4](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

zadanie 5 - pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (adresowana do osób z orzeczeniem o niepełnosprawności - do 16 roku życia lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania).

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Zaświadczenie lekarskie dla obszaru C zadanie 5](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

IV Obszar D - pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej (dziecka przebywającego w żłobku lub przedszkolu albo pod inną tego typu opieką), adresowana do osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, którzy są przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym dziecka

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wysokości dochodów](#)

[Oświadczenie do wniosku - zał. nr 2](#)

[Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

V Obszar E - Dodatek do energii elektrycznej dla osób korzystających z koncentratora tlenu lub respiratora - pomoc ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny Samorząd”

[Wniosek „M-I”](#)

[Oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym](#)

[Pełnomocnictwo w formie pisemnej zwykłej](#)

[Odwołanie Pełnomocnictwa w formie pisemnej zwykłej](#)

[Zaświadczenie o korzystaniu ze świadczenia zdrowotnego](#)

[Lista załączników](#)