

**Zestaw załączników określonych przez Realizatora -
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świeciu
moduł I obszar B: zadanie 1, zadanie 3, zadanie 4**

| | Nazwa załącznika | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|-----|---|---|-------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)- załącznik nr 1 do wniosku | | | |
| 2. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę w przypadku osób legitymujących się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności i osób posiadających orzeczenie do 16 roku życia z dysfunkcją obu kończyn górnych zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do formularza wniosku</i>) | | | |
| 3. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę w przypadku osób posiadających orzeczenie do 16 roku życia oraz gdy orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane jest z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2b do formularza wniosku</i>) | | | |
| 4. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę w przypadku osób z orzeczeniem do 16 roku życia oraz gdy orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności wydane jest z innego powodu niż dysfunkcja narządu słuchu, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2c do formularza wniosku</i>) | | | |
| 5. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę w przypadku, gdy orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane jest z innego powodu niż dysfunkcja narządu wzroku, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (<i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku</i>) | | | |
| 6. | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument potwierdzający zatrudnienie. | | | |
| 7. | W przypadku Wnioskodawców, którzy studiują lub uczą się w szkole ponadgimnazjalnej/ponadpodstawowej – wystawione przez uczelnię lub szkołę zaświadczenie potwierdzające fakt pobierania nauki. | | | |
| 8. | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | | | |
| 9. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny | | | |
| 10. | Oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania | | | |
| 11. | W przypadku wnioskodawcy, który w 2019 lub 2020 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych- potwierdzenie przez właściwą jednostkę zdarzenia, nieprzewidziane i niezawinione przez wnioskodawcę/podopiecznego wnioskodawcy, które były nie do uniknięcia nawet przy zachowaniu należytej staranności, skutkujące utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem przedmiotu dofinansowania w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę | | | |
| 12. | Inne załączniki (należy wymienić): | | | |