

Wpłynęło

Nr sprawy:

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
**o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny
MODUŁ I, Obszar C, Zadanie 4**

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.

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko Data urodzeniar.

PESEL

Dokument potwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL)

Rodzaj dokumentu tożsamości :seria numer
wydany w dniu.....r. przez.....ważny do:.....

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

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

e’mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości
uzyskania dofinansowania w ramach
programu

- firma handlowa - media - Realizator programu - PFRON - inne, jakie:
 - instytucje publiczne - prasa

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| | | |
|---|--|---|
| <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 |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:

obu kończyn górnych jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym

NARZĄD WZROKU 04-O

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

01-U upośledzenie umysłowe

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 - osoba głucha

07-S choroby układu oddechowego i krążenia

09-M choroby układu moczowo - płciowego

11-I inne

02-P choroby psychiczne

06 -E epilepsja

08 -T choroby układu pokarmowego

10 -N choroby neurologiczne

12 -C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP: od dnia.....

poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP: od dnia nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:

na czas nieokreślony inny, jaki:

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

NIP:

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

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> zawodowe |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe | <input type="checkbox"/> inne, jakie: | |

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> szkoła policealna | <input type="checkbox"/> kolegium | <input type="checkbox"/> studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie | <input type="checkbox"/> inna, jaka: |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy w ramach programów UE | | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

2. Informacja pełnomocnika Wnioskodawcy – o ile dotyczy

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko Data urodzeniar.

PESEL

Dokument potwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL)

Rodzaj dokumentu tożsamości :seria numer

wydany w dniu.....r. przez.....ważny do:.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

miasto do 5 tys. mieszkańców inne miasto wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

.....

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

email (o ile dotyczy):

3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| | |
|--|---|
| Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON <u>w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie</u> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> |
| Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia | Wysokość otrzymanego dofinansowania (w zł) |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Razem otrzymane dofinansowanie: | |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu (PCPR w Polkowicach): | |
| tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | |
| Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: | |
| | |
| Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć : | |
| a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone, | |
| b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania: | |
| – wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności, | |
| – wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności, | |
| – wynikające z decyzji niedostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności; | |

4. 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, umieszczonego w tabeli nr 8 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 **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywizacją zawodową i nauką Wnioskodawcy.

| | |
|--|--|
| <p>3) 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 od samorządu np. w PCPR)?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>4) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak, 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - tak, 3 przyczyny niepełnosprawności</p> |
| <p>5) Czy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu i innych zdarzeń losowych w 2018 r lub w 2019r?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/></p> |
| <p>6) Czy wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak, inwalidzki o napędzie elektrycznym <input type="checkbox"/> - tak, inwalidzki ręczny <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>7) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>8) Czy występują szczególne utrudnienia(jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe ,itp.</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>..... </p> |

5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie 4

| <p>Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne</p> | <p>ORIENTACYJNA CENA brutto-oferta I (kwota w zł)</p> | <p>ORIENTACYJNA CENA brutto-oferta II (kwota w zł)</p> | <p>KWOTA WNIOSKOWANA (w zł)</p> |
|--|---|--|---------------------------------|
| <p>Zakup części zamiennych, jakich:</p> | | | |
| <p>Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:</p> | | | |
| <p>Koszty naprawy/remontu</p> | | | |
| <p>Koszty przeglądu technicznego</p> | | | |
| <p>Koszty konserwacji/renowacji</p> | | | |
| <p>Inne, jakie:</p> | | | |
| <p>RAZEM</p> | | | |

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Rodzaj przedmiotu dofinansowania | | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|--|-------------|---------------------------------|--------------------------|
| Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy | oferta I | | |
| | oferta II | | |
| Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON | | | |
| Łącznie | z ofertą I | | |
| | z ofertą II | | |

7. Informacje uzupełniające

| Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |
|---|--|
| PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |
| Dodatkowe informacje- opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały): | |
| Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie: | |
| Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) wf. | |
| Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK , w dniu:r. Posiadana proteza była naprawiana w roku:, gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK , w dniu:r. | |
| Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):..... | |

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

numer rachunku bankowego

nazwa banku

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu polkowickiego i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego) **tak** - **nie**,
- 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,
- zapoznałam(em) się z następującymi dokumentami, które dostępne są na www.pfron.org.pl oraz na www.pcpr.polkowice.pl, tj.: „Pilotażowy program Aktywny samorząd”, „Kierunki działań oraz warunki brzegowe(...)”, „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków(...)”,
- w okresie ostatnich 3 lat (licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy) uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: **tak** - **nie**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny Wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, 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 publicznych,
- 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,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** - **nie**,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż z uczestnictwa w programie wyłączeni są wnioskodawcy, którzy: posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec PCPR oraz po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r. poz. 511 z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku,

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

8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 14- 16) – WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

| | Nazwa załącznika | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (załącznik nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | Klauzula informacyjna przetwarzania danych osobowych (załącznik nr 2 do wniosku) - 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"/> | |
| 3 | Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2b do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | Oświadczenie Wnioskodawcy dot. miejsca zamieszkania, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania (załącznik nr 4 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | Zobowiązanie o informowaniu Realizatora programu o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku (załączniku nr 5 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | Oświadczenie pełnomocnika – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik (załącznik nr 6 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | Kserokopia/skan orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | Kserokopia/skan pełnomocnictwa potwierdzonego notarialnie lub sądownie – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | Dokument potwierdzający, że wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu i innych zdarzeń losowych, w 2018 r. lub w 2019 r. tj. : - osobą zamieszkujejącą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu, wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego)podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) - osobą, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | <u>Dwie oferty cenowe</u> dotyczące wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (szczegółowe specyfikacje) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12 | Zaświadczenie o uczęszczaniu Wnioskodawcy do szkoły lub uczelni wyższej (bądź kserokopia legitymacji) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13 | Dokumentacja potwierdzająca, że minęła gwarancja na przedmiot wnioskowany podany we wniosku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14 | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |