

Wniosek złożono w:

MOPS Dąbrowa Górnicza

w dniu

Nr sprawy:

nr wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem:

www.pfron.org.pl oraz www.mops.com.pl

Moduł I	Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar C	Likwidacja barier w poruszaniu się
Zadanie nr 2	Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/podopiecznego)

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez..... ważny dor.

PESEL Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

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

e' mail (o ile dotyczy):

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

(miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

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):

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr lok.

Powiat Województwo

INFORMACJE DOTYCZĄCE: DZIECKA/PODOPIECZNEGO/PEŁNOMOCNIKA (zaznaczyć właściwe, o ile dotyczy)

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez..... ważny dor.

PESEL Płeć: kobieta mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr lok.

Powiat Województwo

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO (należy zaznaczyć wyłącznie jedną odpowiedź)całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji
lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka

Orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGONARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej
obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym

Wnioskodawca/podopieczny porusza się samodzielnie lub przy pomocy balkonika, kul łokciowych:

Wnioskodawca/podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

Wnioskodawca/podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:

NARZĄD WZROKU 04-O osoba niedowidząca osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma nie dotyczy

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

01-**U** upośledzenie
umysłowe02-**P**
choroby psychiczne03-**L** zaburzenia głosu,
mowy i choroby słuchu04-**O** narząd wzroku- **OSOBA GŁUCHA**05-**R** narząd ruchu06-**E** epilepsja07-**S** choroby układu
oddechowego i krążenia08-**T** choroby układu
pokarmowego09-**M** ukł. moczowo -
płciowy10-**N** choroby neurologiczne11-**I** inne12-**C** całościowe zaburzenia
rozwojowe

Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym: tak nie

Rodzaj gospodarstwa domowego: samodzielne wspólne

Wysokość miesięcznego przeciętnego dochodu netto, podzielonego przez liczbę osób pozostających
we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym
złożono wniosek

.....zł

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA: WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO (zaznaczyć właściwe)

bezrobotna/y zarejestrowana/y w urzędzie pracy (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w urzędzie pracy i pozostający bez zatrudnienia (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

nie dotyczy

zatrudniona/y:

na czas nieokreślony

na czas określony od dnia:..... do dnia:

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

Nr 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 WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie ogólne

średnie zawodowe

policealne

wyższe

inne, jakie:

AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA

LICEUM

TECHNIKUM

SZKOŁA POLICEALNA

KOLEGIUM

INNA, jaka:

STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)

STUDIA PODYPLOMOWE

STUDIA DOKTORANCKIE

 STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE nie dotyczy**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od następnego roku, po którym uzyskał dofinansowanie), w tym poprzez PCPR/MOPS?

tak nie

Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)

				Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga!

W ramach pilotażowego programu *Aktywny samorząd* - moduł I **nie mogą uczestniczyć osoby**, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON i/lub Realizatora programu. 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 nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

3. 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 7 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 (poniższy pkt 8) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórno/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu, tzn. w jaki sposób wnioskowany sprzęt/usługa wpłynie na aktywizację społeczną, zawodową lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych?
2) Uzasadnienie wniosku - należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego - <u>o ile dotyczy</u>
3) Uzasadnienie, w jaki sposób wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie: jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia
4) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy/podopiecznego jest sprzężona (u Wnioskodawcy/podopiecznego występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności)? <i>Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</i>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

5) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca/podopieczny pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w MOPS)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
6) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeżeli tak należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane wniosek uzyska dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
7) 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. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 10 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
8) Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórniego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON
9) Wnioskodawca, który jest osobą poszkodowaną w 2017 roku lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 20 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:.....	
Zakup akumulatoraszt.	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
RAZEM:	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka:	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł) (dofinansowanie max. do 2 000,00)
Razem		

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?	
NIE	TAK - w ramach (np. programu) Wr.
Proszę podać jaki wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym Pan/i / podopieczny aktualnie posiada?	
Podać <u>model</u> : <u>rok produkcji</u>	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął:	NIE TAK, w dniu:r.
Posiadany wózek był naprawiany w roku:, gwarancja na naprawę upłynęła:	NIE TAK, w dniu:r.
Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):	
.....	
.....	

*- należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY*	
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku	
Imię i Nazwisko, adres:.....	
numer rachunku bankowego	
nazwa banku	

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu **Powiatu Dąbrowa Górnicza** tak - nie,
- nie będę w danym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- 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 zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mops.com.pl,
- 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, wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, warunki uczestnictwa w programie musi spełniać także w terminie poniesienia kosztu objętego refundacją i/lub w okresie objętym refundacją kosztów,
- 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 w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

WAŻNE!

- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- w przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 ze 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.

Dąbrowa Górnicza, dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) lub orzeczenia o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku</i> - 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"/>	
4.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności należy dołączyć: – pełnomocnictwo, – pisemne oświadczenie pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie w przypadku prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego z jakiego powodu prowadzone jest samodzielne gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dokument stwierdzający posiadanie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, np. karta gwarancyjna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Ofertę cenową określającą koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym wystawioną przez sprzedawcę usługi i podpisaną przez wnioskodawcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby (w przypadku załączenia dokumentu należy do wniosku załączyć wypełniony przez tą osobę załącznik nr 2 – zgodę na przetwarzanie danych osobowych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Dokument/zaświadczenie udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję) wystawione dla Wnioskodawcy, który został dotknięty zdarzeniem losowym, skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Dokument stwierdzający zakończenie okresu gwarancji dotyczącej przedmiotu dofinansowanego uprzednio ze środków PFRON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Inne załączniki:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	