……………………………………………………..

 (imię i nazwisko)

…………………………………..………………..

 (adres)

…………………………………..………………..

 (PESEL)

**Informacje uzupełniające:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny korzystał\* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):**
 |  **tak nie** |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada\* wózek o napędzie elektrycznym:**

**MODEL …….............................. zakupiony ze środków: ..............................................** | **rok nabycia: .............................r.** **nie dotyczy**  |
| 1. Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: ……………………..…………..
 |  **tak - w ........... roku nie** |
| 1. Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: ………………………….
 |  **tak - w ........... roku nie** |
| 1. **Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:**
 | **………………………….…….……. kg** |
| 1. **Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:**
 | **…………………………….……….cm** |
| 1. **Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia\* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:**
 |  **tak nie** |
| * jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:
 |  **tak nie** |
| * Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:
 |  **tak nie** |
| 1. **Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia\* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:**
 |  **tak nie** |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny może\* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:**
 |  **tak nie** |
| 1. **Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał\* z pomocy innych osób:**
 |  **tak nie** |
| 1. **Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują\* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:**
 |  **tak nie** |
| * występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:
 |  **tak nie** |
| * występują masywne przykurcze wyprostne biodra:
 |  **tak nie** |
| * zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:
 |  **tak nie** |
| 1. **Dopuszczalne obciążenie wózka:**
 | **………………………….…….……. kg** |

*\* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym*

|  |
| --- |
| ……………………………….. ......./........./20..... r. .......................................................... miejscowość     dnia   czytelny podpis Wnioskodawcy |