

Załącznik do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I

Obszar E, składany w celu rozpatrzenia wniosku

Miejscowość:

Data (dd-mm-rrrr):

Zaświadczenie o korzystaniu ze świadczenia zdrowotnego

Imię pacjenta:

Nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Potwierdzam:

Pacjent na dzień wystawienia zaświadczenia korzysta ze świadczenia zdrowotnego udzielanego w warunkach domowych przez (zaznacz właściwe):

- ☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie
- ☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie
- ☐ poradnię/ ośrodek/ zespół domowego leczenia tlenem
- ☐ hospicjum domowe
- ☐ opiekę paliatywną
- ☐ pielęgniarską opiekę długoterminową
- ☐ na podstawie zalecenia lekarza specjalisty

Świadczenie jest udzielane w terminie (wpisz daty albo zaznacz właściwe):

- ☐ Od dnia (dd-mm-rrr): Do dnia (dd-mm-rrr):
- ☐ nieokreślonym (bezterminowo) od dnia:

Pacjent korzysta w miejscu zamieszkania/ stałego pobytu z następującego urządzenia (zaznacz właściwe):

- ☐ koncentratora tlenu
- ☐ respiratora.

Pieczęć świadczeniodawcy i podpis osoby upoważnionej, lub

Pieczęć i podpis lekarza lub lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty lub pielęgniarki z zespołu realizującego świadczenie

Nazwa i adres świadczeniodawcy:

Nazwa:

Ulica:

Miejscowość: Kod pocztowy:

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I

Oświadczam, że:

1.	O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Tarnobrzeskiego.	☐ TAK	☐ NIE
2.	Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON - za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).	☐ TAK	☐ NIE
3.	Informacje podane we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.	☐ TAK	☐ NIE
4.	Zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął/am do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl	☐ TAK	☐ NIE
5.	Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wysokości co najmniej 10% wartości przedmiotu dofinansowania (z wyłączeniem Obszaru B Zadania 2 , Obszaru C Zadanie 2 oraz Obszaru E gdzie wkład własny nie jest wymagany)	☐ TAK	☐ NIE
6.	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.	☐ TAK	☐ NIE
7.	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.	☐ TAK	☐ NIE
8.	Zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora programu informację o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.	☐ TAK	☐ NIE

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)