

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

**Obszar B Zadanie 1** – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności – do 16 roku życia lub osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności z dysfunkcją wzroku lub obu kończyn górnych, w wieku do 18 lat lub w wieku aktywności zawodowej lub zatrudnionych),

**Obszar B Zadanie 3** – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dla osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu wzroku, w wieku aktywności zawodowej lub zatrudnionych),

**Obszar B zadanie 4** – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności – do 16 roku życia lub osób ze znacznym albo umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z dysfunkcją narządu słuchu i trudnościami w komunikowaniu się za pomocą mowy, w wieku do 18 lat, lub w wieku aktywności zawodowej lub zatrudnionych).

### ZAŁĄCZNIKI WSPÓLNE DLA WSZYSTKICH ZADAŃ: B1, B3, B4

- orzeczenie o znacznym (dotyczy B1, B4) lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (dotyczy: B3, B4) (lub orzeczenie równoważne), lub w przypadku osób do 16 roku życia - orzeczenie o niepełnosprawności (dotyczy: B1, B4),
- akt urodzenia dziecka – jeżeli wniosek dotyczy dziecka (dotyczy B1 i B4),
- dokument stanowiący opiekę prawną – jeżeli wniosek dotyczy osoby pozostającej pod opieką prawną,
- oświadczenie o miejscu zamieszkania - zgodnie z wzorem,
- - oświadczenie o wysokości dochodów,
- oświadczenie o posiadaniu środków przeznaczonych na udział własny,
- oświadczenie Wnioskodawcy, iż nie ubiega się i nie będzie w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego realizatora,
- klauzula informacyjna,
- oświadczenie o wykluczeniu cyfrowym- dotyczy wniosków złożonych papierowo
- oświadczenie o zapoznaniu się z treścią programu;
- imienna oferta cenowa,
- zaświadczenie o zatrudnieniu (*inny dokument w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej lub działalności rolniczej*) - dotyczy osób w wieku emerytalnym - zgodnie z wzorem,
- pełnomocnictwo poświadczane notarialnie wraz z pisemnym Oświadczeniem pełnomocnika - sporządzonym zgodnie z wzorem załącznika – dotyczy Wnioskodawcy, który występuje przez pełnomocnika,
- pełnomocnictwo w zwykłej formie pisemnej według wzoru wraz z pisemnym Oświadczeniem pełnomocnika - sporządzonym zgodnie z wzorem dotyczy Wnioskodawcy, który występuje przez pełnomocnika,
- fakultatywnie: opinia eksperta w zakresie dopasowania wnioskowanej pomocy do aktualnych potrzeb wynikających z aktywności.

## **ZAŁĄCZNIKI DODATKOWE DO POSZCZEGÓLNYCH ZADAŃ**

### **Obszar B Zadanie 1:**

- zaświadczenie lekarskie (specjalista: neurolog, chirurg, ortopeda, specjalista rehabilitacji medycznej) - w przypadku osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub osób do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz dysfunkcją obu kończyn górnych: wrodzony brak lub amputacja obu kończyn górnych- co najmniej w obrębie przedramienia, a także dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego, wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii,
- zaświadczenie lekarskie (specjalista okulista) - w przypadku osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż O4-O oraz obligatoryjnie w przypadku osób do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz dysfunkcją narządu wzroku. Do udziału w Zadaniu 1 uprawnia:
  - w przypadku osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności potwierdzona przez lekarza okulistę dysfunkcja powodująca obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub zwężenie pola widzenia do 20 stopni.
  - w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia potwierdzona przez lekarza okulistę dysfunkcja powodująca obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni.
- **w przypadku ubiegania się o dofinansowanie do zakupu sprzętu brajlowskiego – w każdym przypadku konieczne zaświadczenie lekarskie (specjalista okulista):**
  - osoby posiadające znaczny stopień niepełnosprawności, ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,05 lub pole widzenia jest zwężone do 20 stopni,
  - osoby niepełnosprawne w wieku do 16 roku życia, ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub niższa niż 0,1 lub pole widzenia jest zwężone do 30 stopni.

### **Obszar B Zadanie 3:**

- w przypadku osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, gdy przyczyna wydania orzeczenia jest inna niż O4-O - zaświadczenie lekarskie (specjalista okulista).  
Do udziału w Zadaniu 3 uprawnia potwierdzona przez lekarza okulistę dysfunkcja powodująca obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni.

### **Obszar B Zadanie 4:**

- w przypadku osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż O3-L - zaświadczenie lekarskie (specjalista: laryngolog, audiolog) zgodnie z wzorem zaświadczenia,
- w przypadku osób do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz dysfunkcją narządu słuchu - zaświadczenie lekarskie (specjalista: laryngolog, audiolog) zgodnie z wzorem.

PCPR w Chodzieży ma możliwość wezwać Wnioskodawcę do okazania oryginału dokumentu.