

*Załącznik nr 6 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- informacje uzupełniające do wniosku*

Informacje uzupełniające do wniosku:

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

.....

Czytelny podpis Wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić