

Informacje uzupełniające do wniosku

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

Piekary Śląskie, dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy