

CZĘŚĆ B

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - OBSZAR C, ZADANIE 4

4.1. Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, wraz z orientacyjną ceną brutto (kwota w zł):

Zakup części zamiennych, jakich: zł

Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego: zł

Koszty naprawy remontu: zł

Koszty przeglądu technicznego:zł

Koszty konserwacji renowacji..... zł

Inne, jakie: zł

5. Wnioskowana kwota dofinansowania:

Rodzaj przedmiotu dofinansowania:	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje dodatkowe:

6.1. Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:

PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:

- w zakresie ręki
- przedramienia
- ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym

PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:

- na poziomie podudzia
- na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym

Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):

.....

.....

.....

6.2. Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:

.....

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy / podopiecznego:

stabilny niestabilny

6.3. Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:

.....

.....

6.4. Czy Wnioskodawca / podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne?

NIE TAK, w roku w ramach

6.5. Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:

NIE TAK, w dniu: r.

Posiadana proteza była naprawiana w roku:,

Gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK, w dniu: r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Cieszynie **tak** **nie**,
2. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcprcieszyn.ox.pl
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: **tak** **nie**,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 10 % ceny brutto**),
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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** **nie**,
8. 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,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
10. oświadczam, iż nie otrzymałem w danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty wnioskiem.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

....., dnia

Miejscowość, data

.....

Podpis Wnioskodawcy

....., dnia

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” -
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole
oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:.....

Aktualny stan procesu chorobowego: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:
.....

....., dnia

(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Załączniki do wniosku:

1. Obowiązkowe:

- **Załącznik nr 1** - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
- **Załącznik nr 2** - Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (*sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku*)
- **Załącznik nr 3** - Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (*sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku*) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu,
- **Załącznik nr 4** – dwie oferty handlowe (z niezależnych protezowni),
- **Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności**, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (*sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku*)

2. Inne:

- **Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia** (*dot. osób uczących się lub studiujących*),
- **Zaświadczenie o osiągnięciach w nauce i wychowaniu** (*dot. osób uczących się lub studiujących*),
- **Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby** (*w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę*) **wraz z adnotacją czy osoba poszukuje aktywnie pracy**,
- **Zaświadczenie o zatrudnieniu** - *w przypadku osób zatrudnionych*,
- **Kopia dokumentu potwierdzającego podnoszenie kwalifikacji zawodowych.**
- **Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną** - *w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych*

3. W przypadku występowania przez pełnomocnika:

- **Kopia pełnomocnictwa notarialnego** - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;
- **Oświadczenie Pełnomocnika**, iż nie jest i w ciągu trzech ostatnich lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządkiem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.