



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Nr sprawy: PCPR.....4820.....2018

Podpis pracownika:.....

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu, tj. PCPR w Cieszynie, ul. Bobrecka 29

## WNIOSEK „P” – Moduł I, Obszar C, Zadanie 4

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –  
pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.pcprcieszyn.ox.pl](http://www.pcprcieszyn.ox.pl)  
w zakładce: **Dział Organizacyjny i Rehabilitacji Społecznej**

### 1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

#### 1.1. Dane personalne Wnioskodawcy:

Imię ..... Nazwisko ..... Data urodzenia .....r.

Dowód osobisty: seria numer ..... wydany w dniu .....r.

przez ..... data ważności dokumentu .....r.

Płeć:  kobieta  mężczyzna Stan cywilny:  wolna/y  zamężna/zonaty

PESEL .....

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy:  samodzielne (osoba samotna)  wspólne

#### 1.2. Adres zamieszkania (zgodnie z art. 25 KC)\*:

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Ulica ..... nr domu .....nr lok. ....

Powiat ..... Województwo .....

miasto do 5 tys. mieszkańców  inne miasto  wieś

\*ADRESEM ZAMIESZKANIA, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;

### 1.3. Dane kontaktowe:

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

.....  
.....

Tel.: .....

e-mail:

.....

### 1.4. Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu:

- firma handlowa     - media  
 - Realizator programu (PCPR)     - PFRON

- inne, jakie:

.....

### 1.5. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności:

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji / znaczny stopień / I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy / umiarkowany stopień / II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy / lekki stopień / III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest:

okresowo do dnia: .....     bezterminowo

### 1.6. Rodzaj niepełnosprawności:

01-U - Upośledzenie umysłowe

02-P choroby psychiczne

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

04-O choroby narządu wzroku

05-R choroby narządu ruchu

06-E epilepsja

07-S choroby układu oddechowego i krążenia

08-T choroby układu pokarmowego

09-M choroby układu moczowo – pęciowego

10-N choroby neurologiczne

11-I inne

12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

### 1.7. Aktywność zawodowa osoby niepełnosprawnej:

rejestracja w PUP – (od kiedy?)

.....

działalność gospodarcza -

Nr NIP: .....

działalność rolnicza

zatrudniony:

Nazwa firmy, adres: .....

.....

.....

nie dotyczy

### 1.8. Obecnie wnioskodawca pobiera naukę (proszę zaznaczyć właściwe):

szkoła policealna

kolegium

studia pierwszego stopnia

studia drugiego stopnia

jednolite magisterskie

studia podyplomowe / studia doktoranckie

STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE

nie dotyczy

**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON:**

- Czy Wnioskodawca korzystał (w ciągu ostatnich 3 lat licząc od dnia złożenia wniosku) ze środków PFRON (w tym poprzez jednostki samorządu powiatowego – PCPR)  
 tak [ ]      nie [ ]

Cel, nazwa zadania ustawowego oraz/ lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc/ przedmiot dofinansowania	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana		Razem kwota rozliczona	

- Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:  
 tak [ ]      nie [ ]
- Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:  
 tak [ ]      nie [ ]

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania\*: .....

\* Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął.  
**Uwaga!** W ramach programu „ MODUŁ II” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON

### 3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania:

**PROTEZA KOŃCZYNY, W KTÓREJ ZASTOSOWANO NOWOCZESNE ROZWIĄZANIA TECHNICZNE (Obszar C Zadanie nr 3 i nr 4)** – należy przez to rozumieć protezę/protezy kończyny górnej i/lub dolnej na III lub IV poziomie jakości protez;

**KOSZTY UTRZYMANIA SPRAWNOŚCI TECHNICZNEJ POSIADANEJ PROTEZY KOŃCZYNY (Obszar C Zadanie nr 4)** – należy przez to rozumieć koszty związane z utrzymaniem sprawności technicznej protez/y kończyny górnej i/lub dolnej, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne;

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

.....  
.....  
.....

**Wnioskowana kwota dofinansowania:**

Orientacyjna cena brutto (w zł)

Wkład własny – 10%

**Kwota wnioskowana (w zł)**

**Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON**

**Specyfikacja posiadanej 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):**

.....  
.....  
.....

**Informacje dodatkowe:**

Przyczyna amputacji kończyny:  uraz       inna, jaka:

.....

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:

- stabilny       niestabilny

#### **4. Uzasadnienie wniosku:**

*(należy opisać w jaki sposób udzielone dofinansowanie umożliwi realizację celów programu)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### **Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:**

.....  
.....

#### **5. Informacje uzupełniające:**

**Czy Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w naprawie protezy:**

NIE     TAK, w ..... roku w ramach .....  
a także w ..... roku w ramach.....

**Czy Wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w naprawie protezy:**

NIE     TAK, w ..... roku w ramach .....  
a także w ..... roku w ramach.....

**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):**

.....  
.....

#### **6. OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie,
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](http://www.pfron.org.pl), a także pod adresem: [www.pccprcieszyn.ox.pl](http://www.pccprcieszyn.ox.pl),
4. w okresie ostatnich 3 lat **uzyskałam(em) / nie uzyskałam(em)\*** pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na naprawę protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne,
5. 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,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 10 % ceny brutto),
7. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am) / nie byłam(am)\*** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
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 podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu.

\* - skreślić niewłaściwe

*Administratorem danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29.*

*Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2016r. poz. 922 z późn. zm.) w celu realizacji pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków PFRON (tj. uchwała nr 5/2014 Rady Nadzorczej Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 9 czerwca 2014r. z późn. zm.) zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r., poz. 511).*

*Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów obowiązującego prawa.*

*Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w pilotażowym programie „Aktywny Samorząd”.*

*Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.*

**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

<b>Załączniki dołączone do wniosku:</b>		
<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Załączniki Obowiązkowe:</b>
		<b>Załącznik nr 1</b> - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
		<b>Załącznik nr 2</b> - Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku</i> )
		<b>Załącznik nr 3</b> - Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku</i> ) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu
		<b>Załącznik nr 4 – Dwie oferty (z niezależnych protezowni)</b> – sporządzone wg wzoru opublikowanego na stronie internetowej PFRON <a href="http://www.pfron.org.pl">www.pfron.org.pl</a>
		<b>Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności</b> , 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)
<b>Inne – o ile dotyczy:</b>		
		<b>Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia</b> ( <i>dot. osób uczących się lub studiujących</i> ),
		<b>Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby</b> ( <i>w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę</i> )
		<b>Zaświadczenie o zatrudnieniu</b> - <i>w przypadku osób zatrudnionych</i> ,
		<b>Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną</b> - <i>w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych</i>
		<b>udokumentowane/potwierdzone wystąpienie zdarzenia skutkującego starami materialnymi w gospodarstwie domowym wydane przez podpowiedzią jednostkę np. jednostkę pomocy społecznej, Policję, straż</b> - <i>gdy wnioskodawca jest osobą poszkodowana w 2017 lub 2018 roku w wyniku działania żywiołów lub innych zdarzeń losowych</i>
<b>W przypadku występowania przez pełnomocnika:</b>		
		<b>Kopia pełnomocnictwa notarialnego</b> - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;
		<b>Oświadczenie Pełnomocnika</b> , 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 zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.

....., 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