*Należy wypełnić w przypadku wniosku „P” dot. dofinansowania zakupu protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne*

 **STRONA 6**

1. **Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3** – 2018 r.

|  |
| --- |
| **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): ……………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  |

1. **Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj przedmiotu dofinansowania**  | **Orientacyjna cena brutto (w zł)**  | **Kwota wnioskowana (w zł)**  | **Udział własny (w zł)**  |
| **PROTEZA**  |  |  |  |
| **KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON**  |  |  | **X**  |
|  | **RAZEM:**  |  |  |  |

**7. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
|  **Przyczyna amputacji kończyny**:  uraz inna, jaka:................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................................**Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:**  stabilny niestabilny **Ocena zdolności do pracy** w wyniku wsparcia udzielonego w programie: ..................................................................................... ............................................................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................................................  |
|  NIE POSIADAM PROTEZY  OD ROKU: .................... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny):………….. ............................................................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................................................CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY NA III LUBIV POZIOMIE JAKOŚCI: NIE   TAK w ................ roku w ramach ......................................................................................................................... data wygaśnięcia umowy dofinansowania .................................................................................................................  |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,** na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku   numer rachunku bankowego .............................................................................................................................................................. nazwa banku ...................................................................................................................................................................................... |

**STRONA 7**

**Oświadczam, że:**

1. 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.
2. Zobowiązuję się bezzwłocznie (nie później niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia) zgłaszać Realizatorowi programu informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku i załącznikach do niego.
3. O dofinansowanie ze środków PFRON w ramach złożonego wniosku, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Suwałkach i nie będę w roku bieżącym ubiegać się odrębnym wnioskiem na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
4. Nie otrzymałam(em) na podstawie odrębnego wniosku w bieżącym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON i NFZ na wnioskowany przedmiot dofinansowania.
5. Zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl/)
6. W okresie ostatnich 3 lat (licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy) uzyskałam(em) lub inna osoba na moją rzecz uzyskała pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR) na zakup protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  tak  nie.
7. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego na zakup protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej** 10% ceny brutto), które nie pochodzą ze środków PFRON, a także NFZ.
8. 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.
9. W ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak  nie.
10. Nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON i wobec Realizatora programu.
11. 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.
12. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie dokumentów rozliczeniowych.

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.

Suwałki, dnia ........................................... ...................................................................

 czytelny podpis Wnioskodawcy

**8. Załączniki wymagane do wniosku:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  **Nazwa załącznika**  | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE** **REALIZATOR PROGRAMU** *(należy zaznaczyć właściwe)*  |
| Dołączono downiosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1.  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego – oryginał do wglądu  |   |   |   |
| 2.  | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (*sporządzone wg wzoru określonego* ***w załączniku nr 1*** *do wniosku*)  |   |   |   |
| 3.  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego* ***w załączniku nr 2*** *do formularza wniosku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu  |   |   |   |

**STRONA 8**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.  | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, zawierające opis braku kończyny po amputacji w zakresie dotyczącym: ręki, przedramienia, ramienia i wyłuszczenia w stawie barkowym, podudzia, na wysokości uda także przez staw kolanowy lub uda i wyłuszczenia w stawie biodrowym oraz potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego* ***w załączniku nr 6*** *do wniosku).*  |   |   |   |
| 5.  | Potwierdzona opinią eksperta PFRON stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy, rokowań co do zdolności Wnioskodawcy do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie oraz o ile dotyczy, celowości zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy Wnioskodawcy) i zwiększenia kwoty dofinansowania  |   |   |   |
| 6.  | W przypadku gdy Wnioskodawca jest reprezentowany przez pełnomocnika:1. pełnomocnictwo poświadczone notarialnie, określające zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności,
2. pisemne oświadczenie pełnomocnika (*sporządzone wg wzoru określonego* ***w załączniku nr 9*** *do wniosku*), iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 latach nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y, oferujących/ej sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.
 |   |    |   |
| 7.  | Zaświadczenie o zatrudnieniu *(sporządzone wg wzoru określonego* ***w załączniku nr 8*** *do formularza wniosku)* lub kopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub rolniczej (oryginał do wglądu) – o ile dotyczy  |   |   |   |
| 8.  | Zaświadczenie o rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy – o ile dotyczy  |   |   |   |
| 9.  | Dwie oferty z niezależnych protezowni zgodnie z wzorem nr 9 – C3\_O(oferty winne być wypełnione w wersji elektronicznej i po wydrukowaniu opatrzone datą, pieczęciąi podpisem wystawcy). |   |   |   |
| 10.  | Zaświadczenie o stanie technicznym posiadanej protezy na III poziomie jakości oraz terminie wygaśnięcia gwarancji, wystawione przez protezownię (czy posiadana proteza kwalifikuje się do naprawy) – dotyczy wnioskodawców, którzy otrzymali dofinansowanie ze środków PFRON do posiadanej protezy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”. |   |   |   |
| 11.  |  Inne załączniki (wypełnia Realizator): |   |   |   |
| 12.  |   |   |   |   |
| 13.  |   |   |   |   |
| 14.  |   |   |   |   |