*Należy wypełnić w przypadku wniosku „P” dot. dofinansowania kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy,*

*w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne*

# STRONA 6

1. **Specyfikacja przedmiotu dofinansowania** - **Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4** – 2018 r.

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**  | **ORIENTACYJNA** **CENA brutto** *(w zł)* |
| Zakup części zamiennych, jakich:      |  |
| Koszty naprawy:  |  |
| Inne, jakie:  |  |
|   | **RAZEM:**  |  |

1. **Wnioskowana kwota dofinansowania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj przedmiotu dofinansowania**  | **Orientacyjna cena brutto (w zł)**  | **Kwota wnioskowana** **(w zł)**  | **Udział własny**  **(w zł)**  |
| Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:  |  |  |  |
| Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:  |  |  | **X** |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |

1. **Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| **Posiadana proteza, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**  |
| **PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ,** **po amputacji:**   w zakresie ręki  przedramienia   ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym  | **PROTEZA NOGI, 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):................................................. .................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................................................................... |
| **Przyczyna amputacji kończyny**:  uraz inna, jaka: ............................................................................................................. **Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:**  stabilny niestabilny **Ocena zdolności do pracy** w wyniku wsparcia udzielonego w programie:……………………………………………………….. .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  |
| Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne?  NIE  TAK- w ramach (np. programu) ........................................................................................................... ....................................................................................................................................................................... w ...............................r.  |

**STRONA 7**

|  |
| --- |
| 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):.................... .................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................................  |
| **DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,** na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku  numer rachunku bankowego ....................................................................................................................................................nazwa banku ............................................................................................................................................................................ |

 **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. Zobowiązuje 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. Zakończył się okres gwarancji posiadanej protezy, uprzednio dofinansowanej ze środków PFRON:  tak  nie.
7. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego na pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej 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 nastąpi na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub sprzedawcy/usługodawcy przedmiotu dofinansowania, 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 |

# STRONA 8

**8. Załączniki wymagane do wniosku:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **Nazwa załącznika**  | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR** **PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)*  |
| Dołączono do wniosku  | 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.  |   |   |   |
| 4.  | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, zawierające opis posiadanej protezy 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 uzyskaniu pomocy w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego* ***w załączniku nr 7*** *do wniosku)*  |   |   |   |
| 5.  | Potwierdzona opinią eksperta PFRON stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy, rokowań co do zdolności Wnioskodawcy do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie.  |   |   |   |
| 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 10– C4\_O (oferty winne być wypełnione w wersji elektronicznej i po wydrukowaniu opatrzone datą, pieczęcią i podpisem wystawcy). |   |   |   |
| 10.  | Kopia karty gwarancji wnioskowanego przedmiotu dofinansowania – oryginał do wglądu  |   |   |   |
| 11.  | Inne załączniki (wypełnia Realizator):  |   |   |   |
| 12.  |   |   |   |   |
| 13.  |   |   |   |   |
| 14.  |   |   |   |   |