

- pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

**Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**

<b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
<b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b>  	

**5. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
PROTEZA		
KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

**6. 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:  NIE       TAK

w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

**Oświadczam, że:**

- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą, przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania oraz, że poinformuję bezzwłocznie Realizatora o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
- 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: [www.pcp-r-powiatolsztynski.pl](http://www.pcp-r-powiatolsztynski.pl),
- 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,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),

6. na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
7. przeciętny miesięczny dochód, w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek wynosił.....zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a także ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych,
9. **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,**
10. 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,
11. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
12. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
13. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz.U. z 2016 r., poz. 1137, z późn.zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
14. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego podopiecznego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 )**  
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 ..... /..... /20..... r.

.....  
**podpis Wnioskodawcy**

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-9)

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Kserokopia odpowiedniego orzeczenia prawnego dotyczącego niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia /niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1a do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie o zatrudnieniu bądź rejestracji w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Faktura pro forma lub oferta cenowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kopia postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie - (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	