

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | ORIENTACYJNA CENA brutto<br>(kwota w zł) |
|---|--|
| Zakup części zamiennych, jakich:  |  |
| Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:   |  |
| Koszty naprawy/remontu  |  |
| Koszty przeglądu technicznego   |  |
| Koszty konserwacji/renowacji  |  |
| Inne, jakie:  |  |
| <b>RAZEM</b>  |  |

#### 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:    |                                 |                          |
| <b>ŁĄCZNIE</b>                                    |                                 |                          |

#### 6. Informacje uzupełniające

| Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne  |  |
|--|--|
| <b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b><br><input type="checkbox"/> w zakresie ręki<br><input type="checkbox"/> przedramienia<br><input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym                          | <b>PROTEZA NOGI, po amputacji:</b><br><input type="checkbox"/> na poziomie podudzia<br><input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy)<br><input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym |
| <b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b>   |  |
| Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: .....   |  |
| Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny   |  |
| Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:<br>.....   |  |
| Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne?<br><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) ..... w ..... r. |  |
| Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: ..... r.   |  |
| Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: ..... r.   |  |
| Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jaki są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):  |  |
| <b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku</b><br><i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i>    |  |
| numer rachunku bankowego .....   |  |
| nazwa banku .....  |  |

**Oświadczam, że:**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wyszkowskiego  tak -  nie
- 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,
- 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.pcpwyszkowski.ehost.pl](http://www.pcpwyszkowski.ehost.pl),
- 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,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  tak -  nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej** 10% ceny brutto),
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
- 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, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

..... dnia ..... /..... /20..... r. ....

**podpis Wnioskodawcy**

**7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 5-9)**

| Nazwa załącznika |   | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) |                          |                          |
|------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
|                  |   | Dołączono do wniosku   | Uzupełniono              | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1.               | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 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 1 do wniosku)   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.               | Zaświadczenie wydane przez lekarza 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 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4.               | 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   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5.               | Inne załączniki (należy wymienić):  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.               |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |