

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

STRONA 5

| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawno ci technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | ORIENTACYJNA CENA brutto (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 sprawno ci technicznej protezy: |                                 |                          |
| Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:    |                                 |                          |
| <b>Ł CZNIE</b>                                    |                                 |                          |

#### 6. Informacje uzupełniające

| Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne   |   |
|---|---|
| <b>PROTEZA KO CZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b><br>w zakresie ręki<br>przedramienia<br>ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym  | <b>PROTEZA NOGI, po amputacji:</b><br>na poziomie podudzia<br>na wysokości uda (także przez staw kolanowy)<br>uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |
| <b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b>  |   |
| Przyczyna amputacji kończyny: • uraz • inna, jaka: .....  |   |
| Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: • stabilny • 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><b>NIE</b> <b>TAK</b> - w ramach (np. programu) ..... W .....f.                         |   |
| Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <b>NIE</b> <b>TAK</b> , w dniu: .....  |   |
| Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: • <b>NIE</b> • <b>TAK</b> , w dniu: .....  |   |
| Jakie problemy techniczne występują z użytkowaniem protezy (jakiś istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):   |   |
| <b>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</b> |   |
| numer rachunku bankowego .....  |   |
| nazwa banku .....   |   |

**O wiadczam, e:****STRONA 6**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyrazić zgodę na podjęcie samorządu .....  tak -  nie
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 pilota owego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a tak e: .....
4. 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 tak e w dniu podpisania umowy,
5. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawno ci technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:  tak -  nie,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawno ci technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),
7. na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawno ci technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia:  tak -  nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON, a tak e ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, utrzymanie sprawno ci technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
9. 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 ,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązałam z przyczyn leżących po mojej stronie:  tak -  nie,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelewanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie może pisać, lecz może czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jejimi i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może tak e 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 5-9)

| Nazwa załącznika |   | WYPEŁNIA WYRAZIĆ ZGODĘ REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwie) |                          |                          |
|------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|
|                  |   | 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.               | O wiadczenie o wysokości rocznych 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.               | Za wiadczenie 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 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4.               | O wiadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 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"/> |                          |