

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – obszar C, Zadanie 3

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:

- w zakresie ręki
- przedramienia
- ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:

- na poziomie podudzia
- na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym

Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Rodzaj przedmiotu dofinansowania | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---------------------------------|--------------------------|
| PROTEZA | | |
| KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON | | |
| ŁĄCZNIE | | |

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:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Pszczynie 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, a także: www.pcprpszczyna.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, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości: 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**) – nie pochodzące z PFRON. Przyjmuję do wiadomości, iż środki stanowiące udział własny wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON.

Wniosek „P” dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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. 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,
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 **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych następuje na konto sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT,
11. oświadczam, iż nie ubiegam się i nie będę ubiegać się w danym roku odrębnym wnioskiem o dofinansowanie do zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

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 (1-9) oraz dodatkowe (od 10)

| Nazwa załącznika | | WYPELNIĄ 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. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik nr 2 do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | 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 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 8 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Oświadczenie pełnomocnika sporządzone wg wzoru stanowiącego zał. nr 4 do wniosku /jeśli dotyczy/ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika- oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Zaświadczenie o pobieraniu nauki – jeśli dotyczy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Zaświadczenie o aktywności zawodowej Wnioskodawcy (lub podopiecznego jeśli Wnioskodawcą jest rodzic lub opiekun prawny), czyli zaświadczenie o zatrudnieniu /rodzaj umowy, okres zatrudnienia/, zaświadczenie o rejestracji w PUP, wydruk z CEIDG itp. – jeśli dotyczy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | 2 oferty (propozycje) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu Aktywny samorząd sporządzone przez niezależne od siebie zakłady ortopedyczne (proteżownie) wg wzoru stanowiącego zał. nr 9 do wniosku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Inne dodatkowe załączniki: (należy wymienić) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |