Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania zakupu protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:	**PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:**
☐ w zakresie ręki	☐ na poziomie podudzia
☐ przedramienia	☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
☐ ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	☐ uda i wyłuszczeniu 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:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem 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 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.
4. 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,
5. 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. 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,
8. 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,

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 **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
11. 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.

W związku z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie, ul. Partyzantów 21 jako administrator danych osobowych informuje, że pozyskuje dane osobowe w trakcie prowadzonych postępowań administracyjnych. Dane osobowe są zbierane i wykorzystywane przez PCPR w Myszkowie dla prowadzonych postępowań administracyjnych, w celu przyznania bądź odmowy dofinansowania w związku ze złożeniem w/w wniosku. Pozyskane dane osobowe nie są udostępnianie podmiotom trzecim, z zastrzeżeniem obowiązku wynikającego z odrębnych przepisów. Osoby, których dane osobowe zostały pozyskane przez PCPR w Myszkowie dla w/w celów mają prawo dostępu do ich treści, a także prawo ich poprawiania. Obowiązek podania danych osobowych wynika z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

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

	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	☐	☐	
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)– <u>każdy dochód musi być potwierdzony stosownym zaświadczeniem;</u>*	☐	☐	
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 120 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a do wniosku)*	☐	☐	
4.	Oświadczenia 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	☐	☐	
5.	Dowód osobisty Wnioskodawcy lub/i osoby występującej w jego imieniu - do wglądu,	☐	☐	
6.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
7.	Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika (sporządzonego wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika	☐	☐	
8.	Zaświadczenie dotyczące aktywności zawodowej Wnioskodawcy: 1. potwierdzające rejestrację adresata programu jako osoby bezrobotnej lub osoby poszukującej pracy i nie pozostającej w zatrudnieniu - z PUP; lub 2. potwierdzające zatrudnienie / staż; lub 3. potwierdzające prowadzenie działalności, lub 4. potwierdzające dodatkową aktywność zawodową	☐	☐	
9.	Zaświadczenie dotyczące realizowanego przez Wnioskodawcę poziomu kształcenia, potwierdzające pobieranie nauki lub uczęszczanie do placówki (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku)	☐	☐	
10.	Aktualny imienny kosztorys lub oferta cenowa dotycząca przedmiotu dofinansowania wystawiona przez sprzedawcę/usługodawcę	☐	☐	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	