



Moduł I, Obszar C – Zadanie nr 3

Pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza. **(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola □)**

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....ważny do.....

PESEL

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są plany życiowe

Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok.

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

Kontakt telefoniczny:

email (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu - firma handlowa - media

- Realizator programu - PFRON - inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji

znaczny stopień

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

umiarkowany stopień

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy

lekki stopień

III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:
 obu kończyn górnych
 jednej kończyny górnej
 obu kończyn dolnych
 jednej kończyny dolnej
 innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia, jakie:

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:..... bezrobotna/y, zarejestrowany w PUP od dnia.....

poszukująca/y pracy, zarejestrowany w PUP od dnia..... nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:

na czas nieokreślony inny, jaki:

Nazwa pracodawcy:

Adres miejsca pracy:

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:

Nr NIP:

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie ogólne

średnie zawodowe

policealne

wyższe

inne, jakie:

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA

LICEUM

TECHNIKUM

SZKOŁA POLICEALNA

KOLEGIUM

INNA, jaka:

STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)

STUDIA PODYPLOMOWE

STUDIA DOKTORANCKIE

STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE

nie dotyczy

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania.....

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR/MCPR/Oddział PFRON?					tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznanego dofinansowania(w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:						

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby**) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Uzasadnienie wniosku. Proszę uzasadnić wybór przedmiotu dofinansowania, w odniesieniu do swojej sytuacji społecznej, zawodowej, edukacyjnej.
A) Czego nie mogę osiągnąć lub zrobić aktualnie i w czym pomoże mi uzyskanie dofinansowania.
B) Co będę mógł osiągnąć i jakie związane z tym działania podejmę po otrzymaniu dofinansowania.
W przypadku powtórnego ubiegania się o dofinansowanie proszę uzasadnić potrzebę.

<p>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p>
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach dofinansowania w MCPR)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) W którym roku Wnioskodawca ostatnio otrzymał pomoc na wnioskowane przedmioty?</p>	
<p>6) Czy Wnioskodawca w 2017 lub 2018 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych?</p>	
<p>7) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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

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 samorządu Miasta Zamość 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.mcpr.zamosc.pl,
- W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON 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**),
- Na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup 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.
- 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,
- Przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora

Wniosek Moduł I Obszar C Zadanie 3, pilotażowy program „Aktywny samorząd” ze środków PFRON 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

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.

..... Miejscowość data podpis Wnioskodawcy
----------------------	---------------	------------------------------

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)	
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.	Dwie niezależne oferty, dotyczące przedmiotu dofinansowania, przygotowane na wymaganym formularzu	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	
7.		
8.		
9.		