

CZĘŚĆ B

4. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA - OBSZAR C, ZADANIE 3

4.1. 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		

Zwiększenie kwoty dofinansowania – tylko w wyjątkowych przypadkach i wyłącznie wtedy, gdy celowość zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy wnioskodawcy) zostanie zarekomendowana przez eksperta PFRON

Zwiększenie kwoty o

6. Informacje dodatkowe:

6.1. Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:

.....

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy / podopiecznego:

stabilny niestabilny

6.2. Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:

.....
.....

WNIOSKODAWCA / PODOPIECZNY NIE POSIADA PROTEZY

OD ROKU: WNIOSKODAWCA / PODOPIECZNY UŻYTKUJE PROTEZĘ

(rodzaj/opis techniczny):

.....

6.3. Czy Wnioskodawca / podopieczny uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:

NIE TAK, w roku w ramach

a także w roku w ramach.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Cieszynie **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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcprcieszyn.ox.pl.
4. 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,
5. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** **nie**,
6. 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,
7. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej **15 %** ceny brutto,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy 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.***

....., dnia

Miejscowość, data

.....

Podpis Wnioskodawcy

....., dnia

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:.....

Aktualny stan procesu chorobowego: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:
.....

....., dnia
(miejsowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Załączniki do wniosku:

1. Obowiązkowe:

- **Załącznik nr 1** - Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
- **Załącznik nr 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 2 do wniosku*)
- **Załącznik nr 3** - 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,
- **Oferta handlowa protezy** ze szczegółową specyfikacją jej elementów, opisem technicznym jej funkcjonowania oraz ofertą wizualną,
- **Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności**, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (*sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku*)

2. Inne:

- **Zaświadczenie ze szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia** (*dot. osób uczących się lub studiujących*),
- **Zaświadczenie o osiągnięciach w nauce i wychowaniu** (*dot. osób uczących się lub studiujących*),
- **Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie osoby** (*w przypadku osoby bezrobotnej lub poszukującej pracę*) **wraz z adnotacją czy osoba poszukuje aktywnie pracy**,
- **Zaświadczenie o zatrudnieniu** - *w przypadku osób zatrudnionych*,
- **Kopia dokumentu potwierdzającego podnoszenie kwalifikacji zawodowych.**
- **Zaświadczenie potwierdzające działalność społeczną** - *w przypadku osób działających na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych*

3. W przypadku występowania przez pełnomocnika:

- **Kopia pełnomocnictwa notarialnego** - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik;
- **Oświadczenie Pełnomocnika**, iż nie jest i w ciągu trzech ostatnich lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm/y oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządkiem tych firm poprzez np. związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, itp.