

DATA WPŁYWU:

Nr sprawy



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD” MODUŁ I – OBSZAR C

Zadanie 3 - pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

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.

1. Informacje Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

Imię Nazwisko Data urodzenia r.

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyznaPESEL

Dowód osobisty (podać w przypadku braku nr PESEL) seria numer

wydany w dniu r.

przez ważny do dnia r.

Stan cywilny:

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

Stan cywilny:

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny: nr kier. nr telefonu /nr tel. komórkowego:

e-mail (o ile dotyczy):

Źródło informacji o możliwości
uzyskania dofinansowania w ramach
programu☐ - media ☐ - Realizator programu ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie:

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

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

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 05- R upośledzenia narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 04- O choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

(okresy zatrudnienia sumują się jeżeli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dnia – przerwa nie jest wliczana)

☐ niezatrudniona/y

Zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy jako: ☐ bezrobotna/y ☐ poszukująca/y pracy

☐ zatrudniona/y: od dnia: do dnia:

☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:

☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące

☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony: okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące

☐ zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy

☐ staż zawodowy

Nazwa pracodawcy:

.....
.....
.....

Adres miejsca pracy:

.....
.....
.....

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

.....
.....

☐ działalność gospodarcza

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

☐ inna, jaka i na jakie podstawie:.....

☐ działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności:

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> INNA, jaka:		
<p align="center">NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA</p> <p>Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy</p> <p>Miejscowość ulica Nr domu</p> <p>Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:</p>		
POZOSTAŁE INFORMACJE		
<p>Czy wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019r. w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie?	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Beneficjent pomocy	Zadanie w ramach którego udzielono wsparcie	Wysokość dofinansowania

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:		
.....		

<input type="checkbox"/> NIE POSIADAM PROTEZY
<input type="checkbox"/> OD ROKU: UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny):
.....
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

w roku w ramach a także w roku w ramach

3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, przy amputacji:

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

PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, przy amputacji:

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

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka:

.....

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:

.....

.....

4. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

5. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko posiadacza rachunku.....

Ares zamieszkania.....

Numer rachunku bankowego

Nazwa banku

6. Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Oświadczenia wnioskodawcy

Oświadczam, że:

1. nie ubiegam się i nie będę się ubiegał(a) / ubiegam się lub będę się ubiegał (a)* w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
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 przyjął(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**), ☐ tak - ☐ nie,
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, 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,
8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie ☐ tak - ☐ nie,
9. 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,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy Usługodawcy, na warunkach określonych w umowie dofinansowania.
11. środki finansowe stanowiące udział własny pochodzą/nie pochodzą* ze środków PFRON,
12. zobowiązuję niezwłocznie zgłosić do Realizatora informacji o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

***Niewłaściwe skreślić**

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 oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku (należy zaznaczyć właściwie)
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)	<input type="checkbox"/>
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	<input type="checkbox"/>
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę 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)	<input type="checkbox"/>
5.	Zaświadczenie potwierdzające naukę	<input type="checkbox"/>
6.	Zaświadczenie z PUP w przypadku osób zarejestrowanych jako bezrobotne/poszukujące pracy z wyszczególnieniem okresu rejestracji – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
7.	W przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę – należy przedłożyć zaświadczenie od pracodawcy wskazujące okresy zatrudnienia – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
8.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności rolniczej – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
9.	Zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
10.	Dwie propozycje (oferty) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” wg. wzoru nr 9 – C3_O (na stronie www.pcprmilicz.pl – do pobrania wersja edytowalna)	<input type="checkbox"/>
11.	Dokument potwierdzający poszkodowanie w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych - jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>
12.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>
13.		<input type="checkbox"/>