

DATA WPŁYWU:

Nr sprawy



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

**PROGRAM „AKTYWNY SAMORZĄD”****MODUŁ I – OBSZAR C**
**Zadanie 4 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny**  
**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 – należy wypełnić wszystkie pola****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- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 05- <b>R</b> upośledzenia narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 04- <b>O</b> choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> 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"><b>NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA</b></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: .....		
.....		
.....		

Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne?	
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) ..... W .....r.
jeżeli tak proszę podać przesłanki wskazujące potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania	
.....	
.....	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: ..... r.	

Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ **NIE** ☐ **TAK**, w dniu: ..... r.  
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

### 3. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, która wymaga utrzymania sprawności technicznej	
<b>PROTEZA KONCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA NOGI, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: .....	
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> 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)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

### 5. Informacje uzupełniające

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY/SPRZEDAWCY
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](http://www.pfron.org.pl).
4. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, , w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: ☐ tak - ☐ nie,
5. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej 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 (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej 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 rozwiązaną 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 następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, 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 ..... /..... /..... r.

.....  
podpis Wnioskodawcy

## 7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		Dołączono do wniosku ( <i>należy zaznaczyć właściwe</i> )
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 ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku</i> ) - 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 ( <i>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku</i> )	<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 kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” wg. wzoru nr 10-C4_O (na stronie <a href="http://www.pcprmilicz.pl">www.pcprmilicz.pl</a> – 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"/>