

Pieczęć jednostki:

Data wpływu:



program finansowany ze środków PFRON

Numer sprawy:

Wypełnia Realizator programu

MODUŁ I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
OBSZAR C – likwidacja barier w poruszaniu się

ZADANIE 4 – dofinansowanie lub refundacja kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny

- refundacja kosztów dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON lub kosztów dojazdu eksperta PFRON na spotkanie z adresatem programu

WNIOSEK

wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie/refundację ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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 urodzeniar. Dowód osobisty seria numer	
wydany przez w dniu	
PESEL	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne	
Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu na 1-go członka rodziny:	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – pobyt stały	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy -	Kod pocztowy -
Miejscowość	Miejscowość
Ulica	Ulica
Nr domu Nr m.	Nr domu Nr m.
miasto do 5 tys. Mieszkańców inne miasto wieś	Powiat
mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej tak nie	
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	- firma handlowa - media - PCPR - PFRON - inne, jakie:.....

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY 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		
Niepełnosprawność powstała: od urodzenia przed rokiem życia		
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej		
NIE DOTYCZY obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym		
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: TAK NIE		
NARZĄD WZROKU 04-O		
NIE DOTYCZY osoba niedowidząca osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma		
INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (<i>proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol</i>):		
NIE DOTYCZY		
01- U upośledzenie umysłowe	03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	07- S choroby układu oddechowego i krążenia
02- P choroby psychiczne	06- E epilepsja	08- T choroby układu pokarmowego
		09- M choroby układu moczowo - pęciowego
		10- N choroby neurologiczne
		11- I inne
		12- C całościowe zaburzenia rozwojowe
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
NIE DOTYCZY		
zarejestrowana/y w PUP jako: bezrobotna/y poszukująca/y pracy		
niezatrudniona/y: od dnia: data rejestracji:		
zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:		Nazwa pracodawcy:
na czas nieokreślony inny, jaki:
stosunek pracy na podstawie umowy o pracę krótszy niż 3 miesiące dłuższy niż 3 miesiące		Adres miejsca pracy:.....
stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	
umowa cywilnoprawna: zawarta na okres krótszy niż 6 miesięcy, zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się)		Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
staż zawodowy (w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; (Dz.U.2016.645, z późn.zm.)		
działalność gospodarcza (w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej, (Dz.U.2016 poz.1829)		na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr.....,
działalność rolnicza (w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, (Dz.U.2016 poz 277)		dokonanego w urzędzie:
inna, jaka i na jakiej podstawie:		Miejsce prowadzenia działalności:
.....		
ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
podstawowe	gimnazjalne	zawodowe
średnie ogólne	średnie zawodowe	policealne
wyższe	inne, jakie:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
gimnazjum	zasadnicza szkoła zawodowa	liceum
technikum	szkoła policealna	kolegium
studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	studia podyplomowe	studia doktoranckie
inna, jaka:		NIE DOTYCZY
NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA		
Nazwa szkoły		
Miejscowość ulica Nr domu		
Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:		

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON <u>w ciągu ostatnich 3 lat</u> przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie, w tym poprzez PCPR lub MOPR?				tak	nie
Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:					

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!		
W ramach programu „Aktywny samorząd” nie mogą uczestniczyć osoby, które posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON i/lub Realizatora programu.		
Za „wymagalne zobowiązania” należy przez to rozumieć:		
a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,		
b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:		
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,		
– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,		
– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności.		

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji	
Inne, jakie:	
RAZEM	

5. 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:		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KONCZYNY GÓRNEJ, po amputacji: w zakresie ręki przedramienia ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	PROTEZA NOGI, 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):	
Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:	
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: stabilny niestabilny	
Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne – w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Obszar C zadanie 3 lub zadania zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze: NIE TAK: w roku w ramach a także w roku w ramach	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: NIE 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 (jaki są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON)	

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Dane właściciela konta – **wnioskodawcy**

Nazwa banku.....numer rachunku bankowego

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Raciborzu, tj. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego): **tak** – **nie**,
2. Oświadczam, że **otrzymałem/am**
 nie otrzymałem/am
w danym roku, na podstawie odrębnego wniosku – dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków PFRON na cel objęty ewentualną umową dofinansowania (rozdział VII ust. 3 Zasad dotyczących wyboru (...))
3. Oświadczam, że **otrzymałem/am**
 nie otrzymałem/am
w danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na cel objęty ewentualną umową dofinansowania (rozdział VII ust. 3 Zasad dotyczących wyboru (...))
4. 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,
5. wszelkie zmiany, dotyczące danych zawartych we wniosku zobowiązuję się zgłosić bezzwłocznie do Realizatora,
6. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, obowiązujące w 2017 roku, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl oraz www.pcpr.raciborz.org.pl.
7. 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,
8. 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**,
9. **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),**
10. 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**,
11. 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, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
12. 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,
13. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **tak** – **nie**,
14. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT (lub innych dowodów księgowych, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe).

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.

..... dnia /..... /20..... r. miejsowość podpis Wnioskodawcy
---	------------------------------

Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie (kserokopię pełnomocnictwa oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych dołącza do wniosku, dowód osobisty pełnomocnika oraz oryginał pełnomocnictwa do wglądu pracownika PCPR).

Oświadczenie pełnomocnika:

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/am 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 jestem i nie byłem/am w żaden inny sposób powiązany/a z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

....., dnia /..... /20..... r. miejsowość podpis Pełnomocnika
--	------------------------------

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

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. Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę/ udzieleniu pomocy w utrzymaniu sprawności technicznej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)			
3. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku)			
4. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) – wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu			
5. Poświadczenie zameldowania – dowód osobisty do wglądu			
6. Dokument zaświadczający o zatrudnieniu osoby niepełnosprawnej będącej w wieku emerytalnym (o ile dotyczy)			
7. Dokument potwierdzający aktywność zawodową osoby niepełnosprawnej: zatrudnienie lub zarejestrowanie w urzędzie pracy jako osoby bezrobotnej lub jako poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu (o ile dotyczy)			
8. Oferta cenowa podpisana przez Wnioskodawcę – dwie oferty (z niezależnych protezowni) wypełnione za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem: http://www.pfron.org.pl/pl/programy-i-zadania-pfr/aktywny-samorzad/zasady-oraz-zalaczniki/3195,Wzory-formularzy-stosowanych-w-ramach-Obszaru-C3C4.html			
9. Dokument potwierdzający okres gwarancji protezy/naprawy (faktura VAT, karta gwarancyjna, inne)			
10. Inne załączniki (należy wymienić):			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			