



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator

Wniosek nr

Data wpływu :

PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

**Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu
AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar C – Zadanie 4**

Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej 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.)

Dane osobowe wnioskodawcy

(dane wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Imię i nazwisko											
Data urodzenia oraz numer PESEL											
Dowód osobisty	Seria Numer: wydany przez:..... w dniu:..... ważny do:.....										
Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>						Stan cywilny: wolny <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty <input type="checkbox"/>					
Nr telefonu::						Adres email:					

Miejsce zameldowania

Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy			
Województwo	Powiat			

Miejsce zamieszkania

(miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)

Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy			

Dane osobowe podopiecznego

Imię i nazwisko						Pokrewieństwo:				
Data urodzenia oraz PESEL										
Miejsce zamieszkania	płeć	K		M						
Ulica	Nr domu			Nr lokalu						
Miejscowość	Kod pocztowy									
Województwo	Powiat									

Dochód gospodarstwa domowego			
Gospodarstwo domowe: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> wspólne <input type="checkbox"/> osoba samotnie wychowująca osobę zależną			
Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił: zł (zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku).			
Osoba zatrudniona <input type="checkbox"/>		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>	
Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę			<input type="checkbox"/>
Umowa cywilnoprawna			<input type="checkbox"/>
Staż zawodowy			<input type="checkbox"/>
Działalność gospodarcza			<input type="checkbox"/>
Inny, jaki:.....			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> na czas określony od dnia..... do dnia.....			<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy:			
Poziom wykształcenia			
podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/>			
Rejestracja w Urzędzie Pracy			Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach)			<input type="checkbox"/>
Osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)			<input type="checkbox"/>
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)			
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż			
Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z PZON)			
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S układ oddechowy/krążenia	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 08-T układ pokarmowy	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 03-L narząd słuchu/zaburzenia mowy	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 09-M układ moczowo - płciowy	<input type="checkbox"/> 12-C zaburzenia rozwojowe
Dysfunkcja obu kończyn górnych			<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja obu kończyn dolnych			<input type="checkbox"/>

Dysfunkcja jednej kończyny górnej	<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/>
Dysfunkcja narządu słuchu	<input type="checkbox"/>
Inne przyczyny	<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy elektrycznego wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego samodzielnie	<input type="checkbox"/>
Czy wnioskodawca porusza się za pomocą wózka ręcznego niesamodzielnie (przy pomocy osoby drugiej)	<input type="checkbox"/>

<p>Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</p> <p>informacja dotycząca korzystania przez wnioskodawcę lub jego podopiecznego ze środków PFRON w ciągu 3 ostatnich lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie</p>		<p>Nie dotyczy <input type="checkbox"/></p>
--	--	---

[illegible][illegible]

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

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 przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

<p align="center">CEL SZCZEGÓŁOWY PROGRAMU:</p> <p>Przygotowanie beneficjentów programu do aktywizacji społecznej, zawodowej lub wsparcia w utrzymaniu zatrudnienia poprzez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych.</p>
--

1) Uzasadnienie wniosku <i>Uwaga: wskazanie związku pomiędzy dofinansowaniem a możliwością realizacji celów programu!</i>			
2) Czy Wnioskodawca otrzymał kiedykolwiek dofinansowanie ze środków PFRON na cel będący przedmiotem tego wniosku?		<input type="checkbox"/> TAK w ramach (np. programu)..... Rok otrzymania dofinansowania	
		<input type="checkbox"/> NIE	
3) Czy wnioskodawca otrzymał dofinansowanie, refundację lub dotację ze środków NFZ na cel objęty umową dofinansowania?		<input type="checkbox"/> TAK Rok otrzymania dofinansowania	
		<input type="checkbox"/> NIE	
4) Szczególne utrudnienia wnioskodawcy – należy udokumentować			
Informacje uzupełniające			
Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne			
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:		PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:	
<input type="checkbox"/> w zakresie ręki		<input type="checkbox"/> na poziomie podudzia	
<input type="checkbox"/> przedramienia		<input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	
<input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym		<input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym	
Dodatkowe informacje - opis techniczny (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):			
Jakie problemy występują z użytkowaną protezą (istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):			

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? ☐ tak ☐ nie Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: ☐ tak ☐ nie

Posiadana proteza była naprawiana w roku:, gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ tak, kiedy? ☐ nie

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

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/renowacji	
Inne, jakie:	
Inne, jakie:	
Inne, jakie:	
RAZEM	

Wysokość dofinansowania, o które ubiega się wnioskodawca

Wartość brutto przedmiotu dofinansowania 100%	zł
Wysokość wkładu własnego (nie mniej niż 10% ceny brutto)	zł % ceny brutto
Wnioskowana wysokość dofinansowania	zł
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON	zł

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który mają zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Nr: Nazwa banku:

OŚWIADCZAM, ŻE:

- nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się w roku bieżącym o środki finansowe na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
- 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 przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.myszkow.pcp.pl,
- 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 programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie:
☐ tak - ☐ nie,
- posiadam środki na udział własny (o ile dotyczy),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelewanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub na rachunek bankowy sprzedawcy przedmiotu zakupu/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT
- Wybór sprzedawcy przedmiotu dofinansowania lub usługodawcy, należy do wnioskodawcy.

WAŻNE!!!

- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zmianami), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.
- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.

Myszków, dn. / / 20.....r.

.....
podpis Wnioskodawcy**Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe****Załączniki wymagane do wniosku**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie dotyczące realizowanego przez Wnioskodawcę poziomu kształcenia, potwierdzające pobieranie nauki lub uczęszczanie do placówki (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika (sporządzonego wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez pełnomocnika;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zaświadczenie dotyczące aktywności zawodowej Wnioskodawcy: 1. potwierdzające rejestrację adresata programu jako osoby bezrobotnej lub osoby poszukującej pracy i nie pozostającej w zatrudnieniu - z PUP; lub 2. potwierdzające zatrudnienie / staż; lub 3. potwierdzające prowadzenie działalności, lub 4. potwierdzające dodatkową aktywność zawodową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dwie oferty niezależnych od siebie zakładów ortopedycznych (proteźowni) specyfikacja i kosztorys protezy – sporządzone na załączniku nr 6 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Inne załączniki (należy wymienić):			

Myszków, dn. / / 20.....r.

.....
podpis, pieczęć pracownika Realizatora programu