4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3 STRONA 5

|  |  |
| --- | --- |
| Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |
| PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:  w zakresie ręki  przedramienia    ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:  na poziomie podudzia  na wysokości uda (także przez staw kolanowy)  uda i wyłuszczeniu 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** |  |  |

**6. Informacje uzupełniające**

|  |
| --- |
| **Przyczyna amputacji kończyny**: urazinna, jaka: ...................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................ |
| **Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:**  stabilnyniestabilny  **Ocena zdolności do pracy** w wyniku wsparcia udzielonego w programie:  ...........................................................................................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................................... |
| NIE POSIADAM PROTEZY  OD ROKU: .................... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny): ...................................................................................  ........................................................................................................................................................................................... |
| CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY: NIE TAKw ............ roku w ramach .......................................................... a także w .................... roku w ramach .................................................................. |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatu Włoszczowskiego **□ tak - □ nie**
2. nie ubiegam się i nie będę ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
3. 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,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) a także: [www.pcprwłoszczowa.pl](http://www.pcprwłoszczowa.pl) ,
5. 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**,

**STRONA 6**

1. 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),
2. na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) **uzyskałam(em)** pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: **□ tak - □ nie**,
3. 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, proteza dofinansowana ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych,
4. 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,
5. 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,
6. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **□ tak - □ nie**,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy 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 ..... /....... /20....... r. .............................................  **podpis Wnioskodawcy** |

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-11)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do wniosku)* |  |  |  |
|  | Zaświadczenie wydane przez lekarza wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5d do wniosku)* |  |  |  |
|  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 7 do formularza wniosku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |  |  |  |
|  | Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy – **2 oferty** niezależnych od siebie zakładów ortopedycznych (protezowni) |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |