

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

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

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł) 100%	Udział własny 10%	Kwota wnioskowana (w zł) 90%
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 KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	PROTEZA NOGI, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	
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:	
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) wr.	
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: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 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)	
numer rachunku bankowego	
nazwa banku	

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Nysie tak - nie
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 przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: pcprnysa.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),
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, 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,
8. 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,
9. 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,
11. 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 8-9)

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza 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 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - 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"/>	
5.	Dwie oferty cenowe (z 2 różnych sklepów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie z: -Powiatowego Urzędu Pracy w przypadku osób bezrobotnych i/lub poszukujących pracy; -zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie, w przypadku osób zatrudnionych; - szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia(dot. os. uczących się).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	