

#### 4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar C Zadanie 4

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:	
<b>RAZEM</b>	

#### 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:		
<b>ŁĄCZNIE</b>		

#### 6. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<b>PROTEZA KOŃCZYNY 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 KOŃCZYNY DOLNEJ, 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
<b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b> ..... ..... .....	
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 <u>w zakupie protezy</u> , w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) ..... W ..... r.	
Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON <u>w naprawie protezy</u> , w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) ..... W ..... r.	
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 (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON): ..... ..... .....	
<b>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)</b>	
<b>numer rachunku bankowego</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div>	
<b>nazwa banku</b> .....	

**Oświadczam, że**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Krapkowicach, 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. 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](http://www.pfron.org.pl)
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. 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**,
6. 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**),
7. 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**,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
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**,

*Wnioskodawca niemogący pisać zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko umieszczając oraz złoży swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba przez niego upoważniona, 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.*

..... dnia ..... / ..... / 20..... r.	..... <b>podpis Wnioskodawcy</b>
---------------------------------------	-------------------------------------

**7. Załączniki do wniosku**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)*</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Klauzula informacyjna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie o miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<u>Dwie niezależne oferty</u> naprawy protezy dla Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*zaświadczenie lekarskie złożone przez Wnioskodawcę do wniosku w 2018 roku, zachowuje ważność dla weryfikacji formalnej wniosku - do dnia 31 grudnia 2019 r.