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

|  |  |
| --- | --- |
| 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: |  |
| 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 KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:  w zakresie ręki  przedramienia    ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | PROTEZA NOGI, 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): | |
| **Przyczyna amputacji kończyny**: urazinna, jaka: ........................................................................................  **Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:**  stabilnyniestabilny  **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?  NIE TAK - w ramach (np. programu) ............................................................................................... w ........r. | |
| 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 (jakie 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: STRONA 6

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Jędrzejowskiego **□ 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)
5. 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,
6. 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**,
7. 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**),
8. 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**,
9. 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,
10. 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,
11. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **□ tak - □ nie**,
12. 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.

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 5-9)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* | | |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) |  |  |  |
|  | Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 5 do wniosku)* |  |  |  |
|  | 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 nr 4c do wniosku)* |  |  |  |
|  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do formularza wniosku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |