

### Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar C Zadanie 3

| Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne  |  |
|---|--|
| <b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b><br><br>w zakresie ręki<br><br>przedramienia<br><br>ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym  | <b>PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:</b><br><br>na poziomie podudzia<br><br>na wysokości uda (także przez staw kolanowy)<br><br>uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym |
| <b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b><br><br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |  |

### Wnioskowana kwota dofinansowania

| Rodzaj przedmiotu dofinansowania              | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---------------------------------|--------------------------|
| PROTEZA                                       |                                 |                          |
| KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON |                                 |                          |
| <b>ŁĄCZNIE</b>                                |                                 |                          |

### Informacje uzupełniające

|  |
|--|
| <b>Przyczyna amputacji kończyny:</b> uraz                      inna, jaka: <p>.....</p>  |
| <b>Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:</b> stabilny                      niestabilny   |
| <b>Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:</b><br><p>.....</p> <p>.....</p>  |
| NIE POSIADAM PROTEZY<br><br>OD ROKU: ..... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny): .....<br><p>.....</p>  |
| <b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY:</b> <b>NIE</b> <b>TAK</b><br><br>w ..... 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 powiatowego w Krapkowicach     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. 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, prezidenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

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

**Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 5-9)**

| Nazwa załącznika |   | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU<br><i>(należy zaznaczyć właściwe)</i> |                          |                          |
|------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
|                  |   | 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 | <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.               | Inne załączniki (należy wymienić):  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6.               |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7.               |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8.               |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9.               |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |