Wpłynęło	Nr sprawy:

program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy na co najmniej III poziomie jakości
MODUŁ I, Obszar C, Zadanie 3

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać ”nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

1. Informacje Wnioskodawcy – *należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE

Imię..... **Nazwisko** ..... Data urodzenia ……r.

Dowód osobisty: seria ..... numer ..... wydany w dniu..... .....r.

przez.....ważny do:…… **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Stan cywilny**: ☐ wolna/y ☐ zamężna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... (poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat .....

Województwo .....

☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐..... (poczta)

Miejscowość .....

Ulica .....

Nr domu ..... nr lokalu .....

Powiat .....

Województwo .....

Adres korespondencyjny: **(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)**

.....

Kontakt telefoniczny: nr kier. .....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

e’mail (*o ile dotyczy*): .....

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu	☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - **Realizator programu** ☐ - PFRON ☐ - inne, jakie: ☐ - instytucje publiczne ☐ - prasa

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny stopień	☐ I grupa inwalidzka
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany stopień	☐ II grupa inwalidzka
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki stopień	☐ III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ..... ☐ bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: ☐ obu kończyn górnych	☐ jednej kończyny górnej	
☐ obu kończyn dolnych	☐ jednej kończyny dolnej	☐ innym

NARZĄD WZROKU 04-O ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

☐ **01-U** upośledzenie umysłowe	☐ **03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - osoba głucha	☐ **07-S** choroby układu oddechowego i krążenia	☐ **09-M** choroby układu moczowo - płciowego	☐ **11-I** inne
☐ **02-P** choroby psychiczne	☐ **06 -E** epilepsja	☐ **08 -T** choroby układu pokarmowego	☐ **10 -N** choroby neurologiczne	☐ **12 -C** całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ niezatrudniona/y: od dnia:..... ☐ bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP: od dnia……..

☐ poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP: od dnia …….. ☐ nie dotyczy

☐ zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: ..... ☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:	Nazwa pracodawcy: .... Adres miejsca pracy: .... Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: .....
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę ☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę ☐ umowa cywilnoprawna ☐ staż zawodowy	

☐ działalność gospodarcza NIP:	☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... ☐ inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

☐ działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności: .....

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE		
☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe	☐ inne, jakie:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ		
☐ szkoła policealna	☐ kolegium	☐ studia (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ inna, jaka:
☐ staż zawodowy w ramach programów UE		☐ **nie dotyczy**

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły ..... **klasa/rok** ..... **Kod pocztowy** .....

Miejscowość ..... **ulica** ..... **Nr domu** .....

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: .....

2. Informacja pełnomocnika Wnioskodawcy – o ile dotyczy

DANE PERSONALNE

Imię..... **Nazwisko** ..... Data urodzenia ……r.

Dowód osobisty: seria ..... numer ..... wydany w dniu..... .....r.

przez.....ważny do: ……. **Płeć**: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

MIEJSCE ZAMIESZKANIA	**ADRES ZAMELDOWANIA** (**należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania**)
Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐ ..... (poczta)	Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐..... (poczta)
Miejscowość	Miejscowość .....
Ulica	Ulica .....
Nr domu ..... nr lok. ..... Powiat	Nr domu ..... nr lokalu .....
Województwo	Powiat .....
☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto ☐ wieś	Województwo .....

Adres korespondencyjny: (**jeśli jest inny od adresu zamieszkania**)

.....

Kontakt telefoniczny: nr kier. .....nr telefonu ...../nr tel. komórkowego:.....

email (*o ile dotyczy*): .....

3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie					tak ☐ nie ☐
Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	**Przedmiot dofinansowania** (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
					.
			Razem uzyskane dofinansowanie:		

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak ☐ nie ☐

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu (PCPR w Polkowicach):

tak ☐ nie ☐

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: .....

.....

Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć :

a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,

b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:
− wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,
− wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,
− wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności;

4. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować(np. **fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby)** w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 8 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON. Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywizacją zawodową i nauką Wnioskodawcy.

Uzasadnienie wniosku (w tym jeśli dotyczy, należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego):

……
……
……
……
……
……
……

……
……
……
……
……
……

Pytanie/zagadnienie	**Informacje Wnioskodawcy**
1) **Czy w przypadku przyznania dofinansowania wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia Wnioskodawcy?**	☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać): …… …… …… ……
2) **Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe** (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	☐ - nie ☐ - nie dotyczy ☐ - tak (proszę opisać): …… …… …… …… …… ……
3) **Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania** (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych od samorządu np. w PCPR)?	☐ - tak ☐ - nie
4) **Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona** (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności , kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	☐ - tak, 2 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak,3 przyczyny niepełnosprawności
5) **Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne** (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
6) **Czy występują szczególne utrudnienia(jakie)?** np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe ,itp.	☐ - tak ☐ - nie …… …… …… ……

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

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
Proteza kończyny górnej, po amputacji:	Proteza kończyny dolnej, po amputacji:
☐ w zakresie ręki	☐ na poziomie podudzia
☐ przedramienia	☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
☐ ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	☐ uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje- opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjny cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
PROTEZA		
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON		
Łącznie		

7. Informacje uzupełniające

Przyczyna amputacji kończyny ☐ **-uraz** ☐ **- inna, jaka:**
……

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: ☐ **-stabilny** ☐ **- niestabilny**

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** ☐ **Tak**
w ……roku w ramach…….. a także w ……roku w ramach…….

Oświadczam, że:

1. 1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem powiatu polkowickiego i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za 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 następującymi dokumentami, które dostępne są na www.pfron.org.pl oraz na www.pcpr.polkowice.pl, tj.: „Pilotażowy program Aktywny samorząd", „Kierunki działań oraz warunki brzegowe(…)", „Zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków(…)",
4. w okresie ostatnich 3 lat (licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy) 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. 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,
7. 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,
8. 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,
9. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ **tak -** □ **nie,**
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż z uczestnictwa w programie wyłączeni są wnioskodawcy, którzy: posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec PCPR oraz po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto sprzedawcy 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

8. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 14- 17) – WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU

	Nazwa załącznika	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (załącznik nr 1 do wniosku)	☐	☐	
2	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 ze zm.) przez Realizatora programu i PFRON (załącznik nr 2 do wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
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 nr 2a do wniosku)	☐	☐	
4	Oświadczenie Wnioskodawcy dot. miejsca zamieszkania, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania (załącznik nr 4 do wniosku)	☐	☐	
5	Zobowiązanie o informowaniu Realizatora programu o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku (załączniku nr 5 do wniosku)	☐	☐	
6	Oświadczenie pełnomocnika – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik (załącznik nr 6 do wniosku)	☐	☐	
7	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
8	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób	☐	☐	
9	Kserokopia dowodu osobistego	☐	☐	
10	Kserokopia pełnomocnictwa potwierdzonego notarialnie lub sądownie – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje pełnomocnik	☐	☐	
11	Dokumenty poświadczające o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych	☐	☐	
12	Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania (szczegółowa specyfikacja)	☐	☐	
13	Zaświadczenie o uczęszczaniu Wnioskodawcy do szkoły lub uczelni wyższej (bądź kserokopia legitymacji)	☐	☐	
14	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
15		☐	☐	
16		☐	☐	
17		☐	☐	