

Wniosek złożono w .....	
w dniu .....	



Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

**WNIOSEK „P”** – wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
Moduł I Obszar C– Zadanie 3

**Pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne**

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.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

**1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola**

**DANE PERSONALNE**

Imię.....Nazwisko..... Data urodzenia .....r.  
Dowód osobisty seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.  
przez..... **Płeć:**    kobieta    mężczyzna  
ważny do dnia.....r.

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

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

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały**

Kod pocztowy   -

(pocztą)

Miejscowość .....

Ulica .....

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

Województwo .....

miasto                    wieś

**ADRES ZAMELDOWANIA**

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy   -

.....

(pocztą)

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:

**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

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

### NARZĄD WZROKU 04-O

<b>osoba niewidoma</b>	<b>Lewe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni	<b>Prawe oko:</b> Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: ..... stopni
<b>osoba głuchoniewidoma</b>		

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

01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu - osoba głucha Ubytek słuchu..... (dB)	07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia	09- <b>M</b> choroby układu moczowo – płciowego	11- <b>I</b> inne
02- <b>P</b> choroby psychiczne	06- <b>E</b> epilepsja	08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego	10- <b>N</b> choroby neurologiczne	12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe

## AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia:.....                      bezrobotna/y                      poszukująca/y pracy                      nie dotyczy

zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia: .....  
na czas nieokreślony                      inny, jaki: .....

Nazwa pracodawcy: .....  
.....  
Adres miejsca pracy: .....

stosunek pracy na podstawie umowy o pracę

stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę

umowa cywilnoprawna

staż zawodowy

Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:

działalność gospodarcza

na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: .....

Nr NIP: .....

inna, jaka i na jakiej podstawie:.....

działalność rolnicza

Miejsce prowadzenia działalności: .....

## ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

podstawowe	gimnazjalne	zawodowe	średnie ogólne	średnie zawodowe
policealne	wyższe	inne, jakie:		





## 5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b>  w zakresie ręki  przedramienia  ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji:</b>  na poziomie podudzia  na wysokości uda (także przez staw kolanowy)  uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
<b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b>  	

## 6. Wnioskowana kwota dofinansowania

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

## 7. Informacje uzupełniające

<b>Przyczyna amputacji kończyny:</b> uraz                    inna, jaka: .....
<b>Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:</b> stabilny                    niestabilny
<b>Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:</b> ..... ..
NIE POSIADAM PROTEZY OD ROKU: ..... UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny): ..... ..... ..
<b>CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY:</b> NIE            TAK w ..... roku w ramach ..... a także w ..... roku w ramach .....

\* - należy zaznaczyć właściwe

**Oświadczam, że:**

- 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,
- 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),
- 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), a także pod adresem: [www.pcprgrudziadz.pl](http://www.pcprgrudziadz.pl).
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na ten sam cel pomocy ( przedmiot dofinansowania określony ogólnie w Zadaniu w danym Obszarze Programu):  **tak** -  **nie**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego przedmiotu (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej) **co najmniej 10 % ceny brutto**),
- 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,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłem/am stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie:  **tak** -  **nie**
- 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,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek 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**

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (załącznik nr 1 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Zaświadczenie lekarskie ( załącznik nr 3 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zaświadczenie pracodawcy potwierdzające zatrudnienie Wnioskodawcy – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki przez Wnioskodawcę – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie z PUP o statusie osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**
**Deklaracja bezstronności**
**Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie byłem (am) w żaden inny sposób powiązany(a) z zarządem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, inne,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczęć i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)	Data, pieczęć i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione ( <i>zaznaczyć właściwe</i> ):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../...../ 20.... r.

<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b>	<b>pozytywna</b>	<b>negatywna</b>
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: .....	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

*pieczęćka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku*

data, podpis:

*pieczęćka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ...../...../ 20..... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ...../...../ 20..... r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie	
--	--





Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ...../...../20... r

**DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON**

pozytywna: w ramach obszaru:..... negatywna: w ramach obszaru:.....

**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie byłem (am) w żaden inny sposób powiązany(a) z zarządem tych firm poprzez związki gospodarcze, rodzinne, osobowe, inne,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

**PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**

<b>Obszar A – zadanie I</b>	<b>Obszar A – zadanie II</b>	<b>Obszar B – zadanie I</b>
<b>Obszar B - zadanie II</b>	<b>Obszar C - zadanie I</b>	<b>Obszar – C zadanie II</b>
<b>Obszar – C zadanie III</b>	<b>Obszar – C zadanie IV</b>	
<b>Obszar D</b>		

**UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:**

.....20..... r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę*

data, podpis:

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu*

data, podpis:

