

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 4
Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny

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 urodzeniar.		
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		ADRES ZAMELDOWANIA <small>(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)</small>
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
..... <small>(pocztą)</small>		<input type="text"/> <small>(pocztą)</small>
Miejscowość		Miejscowość
Ulica		Ulica
Nr domu nr lok. Powiat		Nr domu nr lokalu
Województwo		Powiat
miasto wieś		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

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

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 Ubytek słuchu..... (dB)	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 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:	

3. 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. 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 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
<p>1) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności) Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>2) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? jeżeli tak, dołączyć stosowne orzeczenia.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) Czy Wnioskodawca jest osobą aktywną zawodowo * i jednocześnie podnoszącą swoje kwalifikacje zawodowe (np. Kursy zawodowe, nauka j. obcych) albo jednocześnie działała na rzecz osób niepełnosprawnych**, albo aktywnie poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem) ***</p> <p>* przez aktywność zawodową rozumie się zatrudnienie lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna lub rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, w przypadku rejestracji w urzędzie pracy należy przedłożyć stosowne zaświadczenie. ** w przypadku podnoszenia przez osobę niepełnosprawną kwalifikacji, działania na rzecz osób niepełnosprawnych należy przedłożyć odpowiednie zaświadczenie. *** w przypadku aktywnego poszukiwania pracy, przygotowań do podjęcia pracy lub dalszego kształcenia należy na odrębnym załączniku opisać na czym polegają te działania.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>Działania mające na celu podniesienie kwalifikacji (jakie?)</p> <p>Działania na rzecz osób niepełnosprawnych (na czym polegają?)</p>

4. Uzasadnienie wniosku (proszę uzasadnić wniosek wskazując na związek udzielenia dofinansowania z realizacją celów programu*).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

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:	

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Deklarowany udział własny (minimum 10%)	Kwota wnioskowana (w zł)
Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy:			
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON:			
ŁĄCZNIE			

7. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji: w zakresie ręki przedramienia ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	PROTEZA NOGI, po amputacji: na poziomie podudzia na wysokości uda (także przez staw kolanowy) uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	
Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:	
Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: stabilny niestabilny	
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.....f.	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: NIE TAK, w dniuf. 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

STRONA 6

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, a także pod adresem: 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): **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"/>	

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 opinii eksperta// 20..... r. (o ile dotyczy)

STRONA 8

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU					
KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja nr 1 wniosku	Punktacja nr 2 wniosku
1	Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:				
a)	osoby poruszające się na wózku inwalidzkim	10	20		
b)	występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)	10			
2	Aktywność zawodowa:				
a)	osoba aktywna zawodowo i jednocześnie podnosząca swoje kwalifikacje zawodowe (np. Kursy zawodowe, nauka j. obcych) albo osoba, która jednocześnie działa na rzecz osób niepełnosprawnych, albo która w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia lub do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)	5	65		
b)	osoba zatrudniona	60			
3	Posiadane wykształcenie:				
a)	Wyższe	10	10		
b)	Średnie/ponadgimnazjalne	5			
4	Aktualnie realizowany etap kształcenia:				
a)	osoba studiuje na wyższej uczelni	10	10		
b)	osoba uczy się w szkole ponadgimnazjalnej	5			
5	Inne kryteria:				
a)	Wnioskodawca prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe		5	15	
b)	dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy <i>(jeden przypadek do wyboru)</i>	– w przypadku jednej dodatkowej osoby niepełnosprawnej	10		
		– w przypadku więcej niż jedna dodatkowa osoba niepełnosprawna	15		
RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1- 5)		Maksymalnie	120		
Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: 50					

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń

Pieczęćka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku			pozytywna: negatywna: data i czwitelny podpis eksperta
-------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------

STRONA 9

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):

Obszar A – zadanie I	Obszar A – zadanie II	Obszar B – zadanie I
Obszar B - zadanie II	Obszar C - zadanie I	Obszar – C zadanie II
Obszar – C zadanie III	Obszar – C zadanie IV	
Obszar D		

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

<i>pieczęćki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę</i> data, podpis:

<i>pieczęćka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu</i> data, podpis:
