

Wniosek złożono w:
MOPS Dąbrowa Górnicza

w dniu

Nr sprawy:

nr wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

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.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem:
www.pfron.org.pl oraz www.mops.com.pl

Moduł I	Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową
Obszar C	Likwidacja barier w poruszaniu się
Zadanie nr 4	Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, co najmniej na III poziomie jakości

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
przez..... ważny dor.

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Stan cywilny: wolna/y zameżna/żonaty

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

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

e'mail (o ile dotyczy):

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

miejsce w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(poczt)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo:.....

Adres korespondencyjny (jeśli
jest inny od adresu zamieszkania):

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr lok.

Powiat Województwo

INFORMACJE DOTYCZĄCE PEŁNOMOCNIKA (zaznaczyć właściwe, o ile dotyczy)

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.
 Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.
 przez..... ważny dor.

PESEL..... Płeć: kobieta mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (miejscowość w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu)

Kod pocztowy - Miejscowość
 Ulica Nr domu nr lok.
 Powiat Województwo

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (należy zaznaczyć wyłącznie jedną odpowiedź)

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 o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia		
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 porusza się samodzielnie lub przy pomocy balkonika, kul łokciowych:		
Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:		
Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego ręcznego:		

NARZĄD WZROKU 04-O osoba niedowidząca osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma nie dotyczy

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

01- U upośledzenie umysłowe	02- P choroby psychiczne	03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu - OSOBA GŁUCHA	04- O narząd wzroku
05- R narząd ruchu	06- E epilepsja	07- S choroby układu oddechowego i krążenia	08- T choroby układu pokarmowego
09- M ukł. moczowo - płciowy	10- N choroby neurologiczne	11- I inne	12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym: tak nie

Rodzaj gospodarstwa domowego: samodzielne wspólne

Wysokość miesięcznego przeciętnego dochodu netto, podzielonego przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym obliczonego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek

.....zł

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

bezrobotna/y zarejestrowana/y w urzędzie pracy (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w urzędzie pracy i pozostający bez zatrudnienia (okres rejestracji w PUP w pełnych miesiącach)

nie dotyczy

zatrudniona/y:

na czas nieokreślony

na czas określony od dnia: do dnia:

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:

AKTUALNIE REALIZOWANY ETAP KSZTAŁCENIA

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA

LICEUM

TECHNIKUM

SZKOŁA POLICEALNA

KOLEGIUM

INNA, jaka:

STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)

STUDIA PODYPLOMOWE

STUDIA DOKTORANCKIE

☐ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE☐ nie dotyczy**2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od następnego roku, po którym uzyskał dofinansowanie), w tym poprzez PCPR/MOPS?

tak ☐ nie ☐

Cel (nazwa instytucji, programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)

str. 4

Wniosek dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

6) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)? Jeżeli tak należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane wniosek uzyska dodatkowe punkty. Wniosek nie uzyska punktów, jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie
7) 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. <i>Jeśli podane informacje zostaną udokumentowane, wniosek uzyska 10 pkt. Wniosek nie uzyska punktów (0 pkt) jeśli Wnioskodawca nie udokumentuje wskazanych informacji.</i>	☐ - tak ☐ - nie
8) Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON	

4. 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	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł) (do 90% orientacyjnej ceny brutto)
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 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) wr.	

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):		
.....		
.....		

*- należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY*	
na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku	
Imię i Nazwisko, adres:.....	
numer rachunku bankowego	
nazwa banku	

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu – Miasta Dąbrowa Górnicza ☐ tak - ☐ nie,
- 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),
- 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,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mops.com.pl
- 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,
- 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,
- 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). Środki finansowe stanowiące udział własny mogą pochodzić z różnych źródeł jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: ☐ tak - ☐ nie,
- 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,
- 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, wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, warunki uczestnictwa w programie musi spełniać także w terminie poniesienia kosztu objętego refundacją i/lub w okresie objętym refundacją kosztów,
- 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 **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przełanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

WAŻNE!

- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- 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.
- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 2046, ze 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.

Dąbrowa Górnicza, dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <u>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku</u>	☐	☐	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych <u>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku</u> - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu	☐	☐	
4.	Zaświadczenie wydane przez lekarza <u>sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku</u> 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 120 dni przed dniem złożenia wniosku	☐	☐	
5.	W przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności należy dołączyć: – pełnomocnictwo, – pisemne oświadczenie pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku wnioskodawcy o dofinansowanie ze środków PFRON ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.	☐	☐	
6.	Oświadczenie w przypadku prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego z jakiego powodu prowadzone jest samodzielne gospodarstwo domowe	☐	☐	
7.	Dokument stwierdzający posiadanie protezy kończyny, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości, np. karta gwarancyjna	☐	☐	
8.	Zaświadczenie o zatrudnieniu w przypadku osób zatrudnionych (o ile dotyczy)	☐	☐	
9.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby (w przypadku załączenia dokumentu należy do wniosku załączyć wypełniony przez tą osobę załącznik nr 2 – zgodę na przetwarzanie danych osobowych)	☐	☐	
10.	Zaświadczenie o pobieraniu nauki osób niepełnosprawnych (o ile dotyczy)	☐	☐	
11.	Oferty cenowe wystawione przez <u>dwa niezależne od siebie zakłady ortopedyczne (proteźownie)</u> określające koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, co najmniej na III poziomie jakości, podpisane przez wnioskodawcę, wystawione według wzoru, stanowiącego formularz aktywny, dostępny pod adresem www.pfron.org.pl → PROGRAMY I ZADANIA PFRON → PROGRAMY I ZADANIA REALIZOWANE OBECNIE → Aktywny Samorząd → wzory formularzy stosowanych w ramach Obszaru C3 C4. (Wzór C4 O) Powyższy dokument sprzedawca wypełnia w wersji elektronicznej, a następnie po wydrukowaniu, dokument należy opatrzyć datą, pieczęcią i podpisem wystawcy.	☐	☐	
12.	Dokument/zaświadczenie udokumentowane/potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję) wystawione dla Wnioskodawcy, który został dotknięty zdarzeniem losowym, skutkującym stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie).	☐	☐	
13.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
14.	Dokument stwierdzający zakończenie okresu gwarancji dotyczącej przedmiotu dofinansowanego uprzednio ze środków PFRON	☐	☐	
15.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	