



REALIZATOR PROGRAMU:
 POWIAT ŚWIECKI
 POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE
 ul. Wojska Polskiego 195a 86-100 Świecie
 tel. 52 56 83 204

DATA WPŁYWU WNIOSKU
 (wypełnia realizator programu)



program finansowany ze środków PFRON

PCPR.500.5.7.____.2017.____
 Nr rej. ____/2017

WNIOSEK

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
(CO NAJMNIEJ NA III POZIOMIE JAKOŚCI)

przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsc, 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.

Informacje Wnioskodawcy

DANE PERSONALNE

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

PESEL

Dowód osobisty seria numer

wydany w dniu.....r. przez.....data ważności

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

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 lok. 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:.....

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy znajdują się pod adresem: www.pfron.org.pl oraz pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

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

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

PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

wynikająca z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

01-U upośledzenie umysłowe	02-P choroby psychiczne	03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
04-O choroby narządu wzroku	05-R upośledzenie narządu ruchu	06-E epilepsja
07-S choroby układu oddechowego i krążenia	08-T choroby układu pokarmowego	09-M choroby układu moczowo - płciowego
10-N choroby neurologiczne	11-I inne	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
powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę
umowy cywilnoprawnej
stażu zawodowego

działalność gospodarcza Nr 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:

brak podstawowe gimnazjalne ponadgimnazjalne, jakie: wyższe

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ

SZKOŁA PODSTAWOWA GIMNAZJUM SZKOŁA PONADGIMNAZJALNA, jaka:
SZKOŁA WYŻSZA, jaka: 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. Dodatkowe informacje

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości 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. 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 aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Czy uzyskane dofinansowanie przyczyni się do likwidacji lub ograniczenia bariery w poruszaniu się, umożliwiając uczestnictwo Wnioskodawcy w aktywizacji społecznej lub zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
2) 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 do samorządu np. w PCPR)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie
3) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające orzeczenie odpowiedniego organu dot. niepełnosprawności)?	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie

3. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
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	Oddział PFRON/ PCPR/MOPR w którym uzyskano dofinansowanie	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)	
Razem uzyskane dofinansowanie:							
POTWIERDZENIE DANYCH:							
1. PCPR: _____							
2. PFRON: _____							
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:						tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
A. Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:							
B. Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął							
C. Czy wnioskodawca posiada środki finansowe na pokrycie udziału własnego: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/>							

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej protezy kończyny (co najmniej na III poziomie jakości), po amputacji:	Właściwe zaznaczyć "x"
1. w zakresie ręki	<input type="checkbox"/>
2. przedramienia	<input type="checkbox"/>
3. ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	<input type="checkbox"/>
4. na poziomie podudzia	<input type="checkbox"/>
5. na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	<input type="checkbox"/>
6. uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym	<input type="checkbox"/>
Szczegółowy wykaz zakupu części zamiennych, jakich:	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny (co najmniej na III poziomie jakości):	Orientacyjny koszt (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Razem	_____	_____

6. Uzasadnienie:

1) Przedmiot dofinansowania przyczyni się do wyeliminowania lub zmniejszenia barier ograniczających uczestnictwo w życiu społecznym i/lub zawodowym: tak nie

2) Uzasadnienie wyboru przedmiotu dofinansowania:

7. Informacje uzupełniające

<p>Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości?</p> <p>NIE TAK - w ramach (np. programu) wroku.</p>
<p>Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje protezę na III poziomie jakości</p> <p>NIE TAK (typ, model, rok produkcji):</p>
<p>Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości upłynął:</p> <p>NIE TAK, w dniu: roku. Posiadana proteza kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości była naprawiana w roku:....., w zakresie, gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK, w dniu: r.</p>
<p>Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia) ze środków PFRON:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

* - należy zaznaczyć właściwe

<p>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku</p>
<p>Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy*</p> <p>Nazwa banku</p> <p>Imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego</p> <p>.....</p>
<p>* - należy wskazać dane rachunku bankowego Wnioskodawcy lub wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym bądź wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby (w załączeniu oświadczenie)</p>

Oświadczam, że:

1. podane we wniosku i w załącznikach do tego wniosku informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. 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: pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info
3. 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,
4. przyjmuję do wiadomości, iż wysokość dofinansowania uzależniona będzie od możliwości finansowych PFRON

5. nie mam zaległości wobec Funduszu oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
6. **otrzymałem(am) nie otrzymałem(am)** dofinansowanie(a) ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016r., poz. 2046), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i *(należy wypełnić w przypadku osób, które otrzymały dofinansowanie)*, **nie naruszyłem(am)** warunki(ów) umowy, **naruszyłem (am)** warunki(ów) umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i **doprowadziłem(am), nie doprowadziłem(am)** do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku
7. **nie ubiegam się i nie będę się ubiegać w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)**
8. **nie otrzymałem(am) w roku bieżącym refundacji w ramach ubezpieczenia zdrowotnego do utrzymania sprawności technicznej (naprawy) protezy kończyny ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dofinansowania ze środków PFRON w ramach zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.**
9. przyjmuję do wiadomości, iż jestem zobowiązany(a) zgłosić bezzwłocznie do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku
10. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny (co najmniej na III poziomie jakości) - w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej **co najmniej 10% ceny brutto,**
11. 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,
12. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu w uzasadnionych przypadkach, w celu rozpoznania sprawy, może żądać dodatkowych dokumentów (zaświadczeń),
13. 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, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia/...../ 2017r.

.....

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 znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości dochodu (załącznik nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza 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.	Oświadczenie o posiadaniu rachunku bankowego (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do formularza wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni - wystawiony przez pracodawcę dokument potwierdzający zatrudnienie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy studiują - wystawione przez uczelnie zaświadczenie potwierdzające fakt pobierania nauki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Ulotka informacyjna dotycząca wnioskowanego przedmiotu dofinansowania wraz z ofertą cenową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączniki (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	