



**Realizator programu: Powiat Staszowski**

W 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. Realizator zastrzega sobie możliwość wezwania Wnioskodawcy do udokumentowania informacji zawartych we wniosku.

<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 1</b>	
pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 3</b>
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego skutera lub wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowana nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości
<input type="checkbox"/> <b>Obszar C – Zadanie nr 4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Obszar C Zadanie nr 5</b>
pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (co najmniej na III poziomie jakości)	Pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego dla osób z dysfunkcją narządu ruchu powodującą problemy w samodzielnym przemieszczaniu się i posiadających zgodę lekarza specjalisty na użytkowanie przedmiotu dofinansowania

<b>DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY</b>	
Imię.....Nazwisko.....	Data urodzenia .....r.
PESEL <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> , cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość ( <u>uzupełnić</u>	
w przypadku braku nr PESEL) : nazwa dokumentu: .....	
seria ..... numer ..... wydany w dniu.....r.	
przez.....; termin ważności dokumentu	
tożsamości do dnia..... Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta , <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> samodzielne , <input type="checkbox"/> wspólne; Stan cywilny: <input type="checkbox"/> wolna/y ; <input type="checkbox"/> zamężna/zonaty	
<p style="text-align: center;"><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b></p> <p>Kod pocztowy <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span><span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> - <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span><span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span><span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> .....</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(pocztą)</p> <p>Miejscowość .....</p> <p>Ulica .....</p> <p>Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p> <p><input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców; <input type="checkbox"/> inne miasto; <input type="checkbox"/> wieś</p>	<p style="text-align: center;"><b>ADRES ZAMELDOWANIA</b> (pobyt stały )</p> <p>Kod pocztowy <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span><span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> - <span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span><span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span><span style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></span> .....</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">(pocztą)</p> <p>Miejscowość .....</p> <p>Ulica .....</p> <p>Nr domu ..... nr lokalu .....</p> <p>Powiat .....</p> <p>Województwo .....</p>

<b>Adres korespondencyjny:</b>  Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>(pocztą)</small>  Miejscowość .....  Ulica .....  Nr domu ..... nr lokalu .....	<b>Kontakt telefoniczny:</b> nr kier. ... ..nr telefonu.....  nr tel. komórkowego:.....  e-mail (o ile dotyczy): .....
---	--

<b>Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania w ramach programu</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> - firma handlowa   <input type="checkbox"/> - PFRON         </div> <div> <input type="checkbox"/> - media   <input type="checkbox"/> - inne, jakie: .....         </div> <div> <input type="checkbox"/> - Realizator programu         </div> </div>
--	---

<b>DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO</b>
---

Imię.....  Nazwisko.....  Data urodzenia.....  PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  Pełnoletni: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>  Płeć: kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>	Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>(pocztą)</small>  Miejscowość .....  Ulica .....  Nr domu ..... nr lok. .... Powiat .....  Województwo .....  <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś
--	--

<b>STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO</b>
---

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia		
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: <input type="checkbox"/> okresowo do dnia: ..... <input type="checkbox"/> bezterminowo		

<b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/ PODOPIECZNEGO</b>
--

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD RUCHU 05-R</b> , w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
Wnioskodawca/Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca/Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		
Wnioskodawca/Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/> <b>NARZĄD WZROKU 04-O</b> <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</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
<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY</b> niepełnosprawności wynikające z orzeczenia: <div style="float: right;"><input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b></div>		
<input type="checkbox"/> 01- <b>U</b> upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- <b>L</b> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA	<input type="checkbox"/> 07- <b>S</b> choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/> 02- <b>P</b> choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- <b>E</b> epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- <b>T</b> choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> 09- <b>M</b> choroby układu moczowo - pęciowego	<input type="checkbox"/> 10- <b>N</b> choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 11- <b>I</b> inne  <input type="checkbox"/> 12- <b>C</b> całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/PODOPIECZNEGO</b>		
<input type="checkbox"/> niezatrudniona/y: od dnia: ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nie dotyczy</span>		
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y zarejestrowany w PUP od dnia: .....		
<input type="checkbox"/> poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w PUP od dnia: .....		
<input type="checkbox"/> bezrobotna/y nie zarejestrowany w PUP		
<input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: ..... do dnia: ..... <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....		Nazwa pracodawcy: ..... ..... Adres miejsca pracy: ..... ..... Tel. kontaktowy do pracodawcy: .....
<input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy		
<input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: ..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: ..... <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: .....		
<input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/> nie dotyczy		Miejsce prowadzenia działalności: .....
<b>ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE</b>		
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie ogólne	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> wyższe	<input type="checkbox"/> inne, jakie: .....	

## OBECNIE WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY POBIERA NAUKĘ

<input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	<input type="checkbox"/> LICEUM	<input type="checkbox"/> TECHNIKUM
<input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA	<input type="checkbox"/> KOLEGIUM	<input type="checkbox"/> INNA, jaka:
<input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	<input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE	<input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE
<input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	

### NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły ..... klasa/rok .....

Kod pocztowy ..... Miejscowość ..... ulica .....

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

## 2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca lub jego podopieczny korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym składany jest wniosek o dofinansowanie ?			tak <input type="checkbox"/> ; nie <input type="checkbox"/>
Nazwa instytucji, która przyznała pomoc ze środków PFRON	Nazwa zadania w ramach którego udzielono wsparcia	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Wysokość otrzymanego dofinansowania

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

**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** tak ☐ ; nie ☐

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

.....

**UWAGA!** Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki** wskazujące na potrzebę powtórного/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

1) Uzasadnienie wniosku wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON na ten sam cel.

	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy/Podopiecznego jest sprzężona (u Wnioskodawcy/Podopiecznego występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> - więcej niż 3 przyczyny <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania określonego ogólnie we wnioskowanym zadaniu. (Udzielając odpowiedzi należy brać pod uwagę każdą pomoc przyznaną ze środków PFRON).</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy/Podopiecznego są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p>
<p>5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca/Podopieczny 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)?</p>	<p><input type="checkbox"/> - nie <input type="checkbox"/> - nie dotyczy <input type="checkbox"/> - tak (proszę opisać):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6) Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych w rozumieniu ust. 31 pkt 24 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku? (należy wziąć pod uwagę 2018 oraz 2019rok)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

	..... ..... .....
7) Uzasadnienie wniosku wskazujące na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

**4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 1:** ☐ dotyczy,  
☐ nie dotyczy

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	
Dopuszczalne obciążenie wózka:	Dodatkowe wyposażenie wózka:..... ..... .....

#### 5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Lp.	Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)	Udział własny (w zł) 10% ceny brutto
1	Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym			
2	Inne, dodatkowe wyposażenie, tj.:			
	a)			
	b)			
	c)			
	d)			
3	KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON lub koszty dojazdu eksperta PFRON na spotkanie z adresatem programu			
	Łącznie			

## 6. Informacje uzupełniające

1) Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2) Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL ..... zakupiony ze środków: .....	rok nabycia: .....r. <input type="checkbox"/> nie dotyczy
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: .....	<input type="checkbox"/> tak - w ..... roku <input type="checkbox"/> nie
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu: .....	<input type="checkbox"/> tak - w ..... roku <input type="checkbox"/> nie
5) Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6) Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7) Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8) Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

\* - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2: ☐ dotyczy,  
☐ nie dotyczy

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym	ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)	WNISKOWANA KWOTA środków PFRON ( w pełnych zł)
Zakup części zamiennych, jakich:		
Zakup akumulatora, ilość sztuk : .....		
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:		
Koszty naprawy/remontu		
Koszty przeglądu technicznego		
Koszty konserwacji/renowacji		
RAZEM		

### Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie skutera/ wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym\*?

☐ NIE ☐ TAK - w ramach (np. programu) .....w .....r.

Wnioskodawca/podopieczny\* użytkuje skuter/wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym\* ☐ NIE ☐ TAK



(model, rok produkcji): .....

Okres gwarancyjny w związku z zakupem skutera/wózka\* upłynął: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: ..... r.

Posiadany skuter/wózek\* był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: ..... r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym skuterem/wózkiem\* (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

.....

.....

.....

.....

.....

Czy w odniesieniu do wnioskowanych przedmiotów okres gwarancyjny upłynął: ☐ NIE ☐ TAK, w dniu: .....r.

\*- należy zaznaczyć właściwe

## 8. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3:

☐ dotyczy, ☐ nie dotyczy

### Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

#### PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:

- ☐ w zakresie ręki
- ☐ przedramienia
- ☐ ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

#### PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, 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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w pełnych zł)	Udział własny (w zł) 10% ceny brutto
PROTEZA			

KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON lub koszty dojazdu eksperta PFRON na spotkanie z adresatem programu			
<b>ŁĄCZNIE</b>			

### 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 .....

## 9. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

☐ dotyczy, ☐ nie dotyczy

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	



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 ..... r.

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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 10. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar C Zadanie nr 5:

☐ dotyczy, ☐ nie dotyczy

**Model (nazwa)wnioskowanego do dofinansowania skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:**

.....

.....

.....

Wybrany skuter jest:      trzykołowy ☐      czterokołowy ☐  
                                 jednoosobowy ☐      dwuosobowy ☐

Nazwa/opis oprzyrządowania elektrycznego (napędu) do wózka ręcznego:

Dodatkowe wyposażenie:

### Wnioskowana kwota dofinansowania

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Udział własny (w zł) 35% ceny brutto zakupu/usługi	Kwota wnioskowana (w zł)
Skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym			
Napęd elektryczny do wózka ręcznego			
Dodatkowe wyposażenie			
<b>ŁĄCZNIE</b>			

### Informacje uzupełniające

☐ POSIADAM/PODOPIECZNY\* POSIADA NASTĘPUJĄCY SKUTER o napędzie elektrycznym :

Nazwa ..... MODEL ..... ROK NABYCIA: .....

Czy Wnioskodawca/Podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie skutera o napędzie elektrycznym?

☐ NIE ; ☐ TAK - w ramach (np. programu) ..... W .....r.

☐ POSIADAM/PODOPIECZNY\* POSIADA NASTĘPUJĄCY wózek ręczny:

Nazwa ..... MODEL ..... ROK NABYCIA: .....

Czy Wnioskodawca/Podopieczny\* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego?

☐ NIE ; ☐ TAK - w ramach (np. programu) ..... W .....r.

\* - należy zaznaczyć właściwe

### 11. Informacje uzupełniające

**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 .....

właściciel rachunku .....

nazwa banku .....

## **12. Oświadczam, że:**

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu **Powiatu Staszowskiego** ☐ tak - ☐ nie
2. nie ubiegam się i nie będę ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie wnioskowanego przedmiotu ze środków PFRON za pośrednictwem innego Realizatora ( na terenie innego samorządu powiatowego)
3. 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,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania dofinansowania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(am) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem strony internetowej [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)
5. zapoznałam(em) się z przyjętymi przez Realizatora „Zasadami przyznawania i rozliczania dofinansowań ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” – Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową w 2019 roku”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłem(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem [www.staszowski.eu](http://www.staszowski.eu) zakładka „Aktywny Samorząd”,
6. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup przedmiotu dofinansowania: ☐ tak - ☐ nie,
7. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie przedmiotu dofinansowania:  
**co najmniej 10% ceny brutto - Obszar C zadanie 1** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy  
**co najmniej 10% ceny brutto - Obszar C zadanie 3** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy  
**co najmniej 10% ceny brutto - Obszar C zadanie 4** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy  
**co najmniej 35% ceny brutto – Obszar C zadanie 5** ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
9. 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,
10. 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,
11. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,

*Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać (art. 79 Kodeksu Cywilnego).*

.....dnia .....

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy

### 13. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe)		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia /skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o zapoznaniu się z zasadami przetwarzania danych osobowych Wnioskodawcy oraz jego podopiecznego (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do formularza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	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 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku)- dotyczy obszaru C zadanie 3 i 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Oświadczenie dotyczące uzyskania lub nieuzyskania w danym roku dofinansowania, refundacji lub dotacji ze środków NFZ na zakup protezy lub kosztów jej naprawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Faktura zakupu usługi/części zamiennych do protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (obszar C zadanie 4) w przypadku refundacji kosztów jej naprawy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Faktura zakupu usługi/części zamiennych do skutera/wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym - w przypadku refundacji kosztów (Obszar C zad. 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Faktura zakupu oraz gwarancja udzielona na posiadany i użytkowany przez Wnioskodawcę skuter/wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym (obszar C zadanie 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Faktura zakupu protezy oraz dokument gwarancji protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (obszar C zadanie 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu dofinansowania tj.: 1) w ramach obszaru C zadanie 3 oraz obszaru C zadanie 4, Wnioskodawca przedkłada 2 oferty cenowe, sporządzone według wzoru stanowiącego odpowiednio załącznik nr 4a lub 4b do wniosku, wypełnione komputerowo przez sprzedawcę 2) w przypadku obszaru C zadanie 2 Wnioskodawca przedkłada ofertę cenową na zakup przedmiotu dofinansowania 3) w ramach obszaru C zadanie 1 Wnioskodawca przedkłada 2 oferty cenowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia wraz z zgodą na użytkowanie skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do wniosku)			
14.	Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2018 lub 2019 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych- dokumenty, o których mowa w ust. 31 pkt 24 Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2019 roku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia wraz z zgodą na użytkowanie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym – Obszar C zadanie 1 zgodnie z załącznikiem nr 6 do wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Inne załączniki (jaki?):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Potwierdzam kompletność złożonych do wniosku dokumentów

Data, podpis i pieczęć imienna pracownika Realizatora

