

**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

# WNIOSEK „M-I” o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

## Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

***Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.***

### INFORMACJE O WNIOSKODAWCY ORAZ O DZIECKU/PODOPIECZNYM WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | we własnym imieniu  jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego  jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | Kobieta mężczyzna |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

##### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | miasto powyżej 5 tys. mieszkańców  miasto do 5 tys. mieszkańców  wieś |

#### DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

*Wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego.*

Nie dotyczy

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | Kobieta mężczyzna |

#### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | tak  nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | znaczny  umiarkowany  lekki  nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | bezterminowo  okresowo – do dnia: |
| **Grupa inwalidzka:** | I grupa  II grupa  III grupa  nie dotyczy |
| **Niezdolność do pracy:** | całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji  całkowita niezdolność do pracy  częściowa niezdolność do pracy  nie dotyczy |

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

#### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

01-U – upośledzenie umysłowe

02-P – choroby psychiczne

03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

osoba głucha

osoba głuchoniema

04-O – narząd wzroku

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

05-R – narząd ruchu

wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego

dysfunkcja obu kończyn górnych

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 WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

nie dotyczy

nieaktywna/y zawodowo

bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)

Okres zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy (w pełnych miesiącach):………………...

poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniony)

działalność gospodarcza

działalność rolnicza

zatrudniony

##### Informacje dotyczące zatrudnienia osoby mającej uzyskać pomoc

|  |  |
| --- | --- |
| Forma zatrudnienia | Od dnia |
| stosunek pracy na podstawie umowy o pracę |  |
| stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę |  |
| umowa cywilnoprawna |  |
| staż zawodowy |  |

#### OBECNIE WNIOSKODAWCA LUB DZIECKO/PODOPIECZNY (w zależności od tego, kto ma uzyskać pomoc w programie) JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI/STUDENTEM

*Danymi dziecka/podopiecznego wypełniamy tylko wtedy, gdy Wnioskodawca składa wniosek jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego. Jeśli Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu, wypełniamy danymi Wnioskodawcy.*

Nie dotyczy

Przedszkole

Szkoła podstawowa

Gimnazjum

Zasadnicza Szkoła Zawodowa

Technikum

Liceum

Szkoła policealna

Kolegium

Studia I stopnia

Studia II stopnia

Studia magisterskie (jednolite)

Studia podyplomowe

Studia doktoranckie

Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)

Szkoła doktorska

Uczelnia zagraniczna

Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE

Każda inna, jaka:

### INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**

Tak nie

|  |  |
| --- | --- |
| Zadanie | Kwota dofinansowania |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie:** |  |

**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! Za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął. Więcej informacji na temat pojęcia „wymagalne zobowiązania” znajduje się w ust. 31 pkt 50 dokumentu pn. „Kierunki działań (…) w 2024 r.”.

………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

Tak nie

### UZASADNIENIE WNIOSKU

**Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. W uzasadnieniu wniosku należy odnieść się do posiadanych zasobów/umiejętności i uzasadnić, dlaczego są one niewystarczające, a ich powiększenie jest konieczne. Określając potrzebę dofinansowania należy odnieść się do każdego kosztu zaproponowanego do dofinansowania, aby każdy wydatek był związany z realizacją celu programu. (Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):** ………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**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):**   
 Tak nie

**Jestem osobą poszkodowaną w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych:**

*W obecnym lub ubiegłym roku kalendarzowym.*

Tak nie

**PRZECIĘTNY DOCHÓD**

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne wspólne

**Przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy:**

Należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 390 ze zm.), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2022 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 września 2021 r. - M. P. 2023, poz. 1030), według wzoru: [(5.549 zł x liczba hektarów)/12]/ liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy;

Proszę o zwolnienie z wymogu złożenia oświadczenia o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu (…), gdyż nie zamierzam korzystać z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania. (Odmowa wskazania wysokości dochodu wiąże się z brakiem możliwości skorzystania z preferencji w zakresie kolejności realizacji wniosku lub z ewentualnego zwiększenia kwoty dofinansowania).

### PRZEDMIOT WNIOSKU – Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot pomocy | Cena brutto (w zł) | Deklarowany udział własny w zakupie (w zł) | Wnioskowana kwota dofinansowania (w zł) |
| Zakup elementów zamiennych  **Proszę wymienić elementy zamienne:………………………………………………………………………………………………………………………….** |  |  |  |
| Zakup dodatkowego wyposażenia  **Proszę wymienić dodatkowe wyposażenia …………………………………………………………………………………………………………………………** |  |  |  |
| Koszty naprawy/remontu |  |  |  |
| Koszty przeglądu technicznego |  |  |  |
| Koszty konserwacji/renowacji |  |  |  |
| Inne  **Proszę wymienić inne koszty:………………………………………………………………………………………………………………………...** |  |  |  |
| Refundacja kosztów dojazdu do eksperta PFRON …………………………………………………………….…………………………………………………………….. |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |

**Procentowy udział własny wnioskodawcy: ………………………………..**%

### INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Proteza kończyny górnej lewej, po amputacji:** | nie dotyczy  w zakresie ręki  przedramienia  ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym |
| **Proteza kończyny górnej prawej, po amputacji:** | nie dotyczy  w zakresie ręki  przedramienia  ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym |
| **Proteza kończyny dolnej lewej, po amputacji:** | nie dotyczy  na poziomie podudzia  na wysokości uda (także przez staw kolanowy)  uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |
| **Proteza kończyny dolnej prawej, po amputacji:** | nie dotyczy  na poziomie podudzia  na wysokości uda (także przez staw kolanowy)  uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |
| **Przyczyna amputacji kończyny:** | uraz inna, jaka:…………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Czy okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:** | Tak nie |
| **Czy posiadana proteza była naprawiana:** | Tak nie |
| **Czy gwarancja na naprawę upłynęła:** | Tak nie |
| **Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):** |  |
| **Czy wnioskodawca/podopieczny uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:** | Tak nie |
| Data: |  |
| W ramach: |  |
| Data: |  |
| W ramach: |  |

#### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |
| **Nazwa banku** |  |

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Data, pieczątka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):* | *Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:* |
|  |  |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |
| --- |
|  |
| 1. orzeczenie o niepełnosprawności (**oryginał do wglądu**),  2. dwie niezależne oferty (od dwóch niezależnych sprzedawców/usługodawców), dotyczące wybranego przedmiotu dofinansowania,  3. dowód osobisty do wglądu. |

*Załącznik 3*

*…......................................... …................................, dnia............................*

*Stempel zakładu opieki zdrowotnej*

***lub praktyki lekarskiej***

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .................................................................................................................................

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić  właściwe pole*** **** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | Amputacja w zakresie ręki | pieczątka, **nr**  podpis lekarza |
| □ | Amputacja w zakresie przedramienia | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |
| □ | Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym | pieczątka, **nr i** podpis lekarza |
| □ | Amputacja na poziomie podudzia | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |
| □ | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) | pieczątka, **nr i**  podpis lekarza |
| □ | Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym | pieczątka, **nr i**  podpis lekarza |

**Przyczyna amputacji kończyny**: **□** uraz **□** inna, jaka:

**Aktualny stan procesu chorobowego: □** stabilny **□** niestabilny

**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

............................................................................................................................................................................................ …........................................................................................................................................................................................

........................................, dnia ................ ..............................................

*(miejscowość ) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza*