



Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

MODUŁ I - obszar C Zadanie 4 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej

protezy kończyny w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

| | |
|--|--|
| I. Wnioskowana kwota dofinansowania | |
| Cena brutto naprawy protezy (100%) | |
| Wysokość wkładu własnego (10% ceny brutto) | |
| Kwota wnioskowana = (90%) (cena brutto odjąć 10% kosztów ceny brutto w zł) | |
| Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON | |
| Łączna kwota dofinansowania (naprawa protezy + koszty dojazdu) | |

| 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 | |

| | |
|---|--|
| Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |
| PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | PROTEZA NOGI, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |
| Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały): | |
| Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: | |
| Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK - w ramach (np. programu) Wr. | |
| Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r. | |

| | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, w dniu: r. | | |
| Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON): | | |
| w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na naprawę protezy kończyny w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 10% ceny brutto) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

Załączniki wymagane do wniosku

| | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) | <input type="checkbox"/> |
| 2 | załącznik nr 1 - oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> |
| 3 | załącznik nr 2 - oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny | <input type="checkbox"/> |
| 5 | W przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu | <input type="checkbox"/> |
| 6 | dowód osobisty – oryginał do wglądu | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Faktura proforma | <input type="checkbox"/> |

.....
Miejscowość data

.....
podpis wnioskodawcy

Pouczenie:

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.