  

###### Wniosek złożono w ........................ w dniu ............................

 *Wypełnia Realizator programu*

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

WNIOSEK „C4” - 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.

 (należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola )

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE**  Imię.............................................Nazwisko................................................... Data urodzenia ...................r. Dowód osobisty seria ............. numer ..................... wydany w dniu.........................................................r.  przez.................................................................................................... Płeć: kobieta   mężczyzna PESEL Stan cywilny: wolna/y zamężna/żonaty Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne |
| **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 lokalu ................................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: |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  |
| 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 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 nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:** **Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  **Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie** **przy pomocy wózka inwalidzkiego:**  |
|  **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol* ):  |
| Wymagane zaświadczenie lekarskie |  **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** **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**  **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  |
| podstawowe  | gimnazjalne  | zawodowe  |
| średnie ogólne | średnie zawodowe | policealne |
| wyższe | inne, jakie:  |  |
| OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ  |
| 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** |
| **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. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Wnioskodawca( lub jego podopieczny) korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat** **(licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR, POWIAT lub MOPR?** | tak nie  |
| Zadanie w ramach którego udzielono wsparcia (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) |
|  |  |  |  |  |  | .  |
| **Razem uzyskane dofinansowanie**: |  |  |

|  |
| --- |
| **Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON:** taknie**Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu:** taknieJeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: ...................................................... ..............................................................................................................................................................................................Uwaga! za „*wymagalne zobowiązanie*” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął |

**3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU**

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 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 (poniższy pkt 1) 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. Uzasadnienie -należy uzasadnić:

- wybór danego przedmiotu dofinansowania - związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu |  ............................................................................................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................................................................................ |
| 2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)?Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności. |  - tak - nie |
| 3) 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, POWIAT)? |  - tak - nie |
|  4) Czy Wnioskodawca oświadcza, że udzielenie pomocy ze środków PFRON umożliwi Wnioskodawcy wejście na rynek pracy lub poprawę warunków wykonywanej pracy? |  - tak - nie - nie dotyczy |
| 5) 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. |  - tak - nie................................................................................................................................................................................................................................ |
| 6) Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość życia | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| 7) Czy Wnioskodawca został poszkodowany w 2017 lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? |  - tak - nie |

**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)**  |
| 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 wyłuszczeniu w stawie barkowym  | PROTEZA NOGI, po amputacji: na poziomie podudzia na wysokości uda (także przez staw kolanowy)  uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym  |
| Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały): |
|  **Przyczyna amputacji kończyny**: urazinna, jaka: ........................................................................................**Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:**  stabilnyniestabilny**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?**NIETAK **- w ramach (np. programu) ........................................................................ w ..............r.** |
| Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: NIETAK**, 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): |
| **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 ........................................................................................................nazwa banku .............................................................................................................................. |

Oświadczam, że:

1. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu ..................... □ tak - □ nie
2. 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,
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a także: .................................................................
4. 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,
5. 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,
6. 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),
7. na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: □ tak - □ nie,
8. 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, utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowane z innych środków publicznych,
9. 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,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: □ tak - □ nie,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
12. nie ubiegam się i nie będę się ubiegać w danym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON- za pośrednictwem innego Realizatora ( na terenie innego samorządu powiatowego).

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 ..... /....... /20..... r. ……..............................         **podpis Wnioskodawcy** |

**7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz** dodatkowe **(wiersze 1-9)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU***(należy zaznaczyć właściwe)* |
|  | **Nazwa załącznika** | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia/uwagi |
|  | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) |   |   |  |
|  | Oświadczenie o wysokości przeciętnych miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)* |   |   |  |
|  | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia (niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej), której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)* |   |   |  |
|  | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku do formularza wniosku) -* wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu |   |   |  |
|  | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny |   |   |  |
|  | Oferty od 2 niezależnych protezowni (sporządzone zgodnie wg wzoru określonego w załączniku do wniosku)  |   |   |  |
|  | Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej, związanej ze stanem zdrowia i ewentualnym przebiegiem protezowania. |  |  |  |
|  | Kserokopia dokumentacji potwierdzającej wykształcenie oraz przebieg pracy zawodowej. |  |  |  |
|  | Dokument potwierdzający, że Wnioskodawca został poszkodowany w 2017 lub w 2018 roku w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych |  |  |  |
|  | Inne załączniki (należy wymienić): |   |   |  |

**Słownik**

**1. Aktywność zawodowa** – należy przez to rozumieć:

1. zatrudnienie, lub
2. rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub
3. rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu,

okresy aktywności zawodowej w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres aktywności;

**2. Zatrudnienie** – należy przez to rozumieć:

a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,

b) stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,

c) działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r., poz. 2336),

* 1. działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2168),
	2. zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),
	3. staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
	i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r., poz. 1065, z późn. zm.),

okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia;

**3. Gospodarstwo domowe wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

* 1. **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

 lub

* 1. **samodzielne gospodarstwo –** gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/opiekunów;

**4. Miejsce zamieszkania** – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;

**5. 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 2017 r., poz. 1952), 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 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2017 r. - M.P. 2017, poz. 884), według wzoru: [(2.577 zł x liczba hektarów)/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy;

**6. Wymagalne zobowiązania** – należy przez to rozumieć:

a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,

b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:

− wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,

− wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,

− wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności,

1. **Osoba poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** – należy przez to rozumieć:

a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawieart. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2016 r. poz. 1067), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję);

**8. Zdarzenia losowe** – należy przez to rozumieć potwierdzone przez właściwe jednostki zdarzenia, nieprzewidziane i niezawinione przez wnioskodawcę/ podopiecznego wnioskodawcy, które były nie do uniknięcia nawet przy zachowaniu należytej staranności, skutkujące utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem przedmiotu dofinansowania w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę.

1. **koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny (Obszar C Zadanie nr 4)** – należy przez to rozumieć koszty związane z utrzymaniem sprawności technicznej protez/y kończyny górnej i/lub dolnej, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne;
2. **poziom jakości protez kończyny górnej** – należy przez to rozumieć:
	1. poziom I - prosta proteza o funkcji głównie kosmetycznej ewentualnie z najprostszymi elementami mechanicznego ustawiania pozycji łokcia i nadgarstka; do wykonania w ramach limitu NFZ; nie przywraca nawet podstawowych funkcji utraconej ręki,
	2. poziom II - proteza z prostymi elementami mechanicznymi oraz standardowym zawieszeniem na kikucie; w zasadzie możliwa do wykonania w ramach NFZ z niewielką dopłatą; nie uniezależnia pacjenta od otoczenia w stopniu wystarczającym dla podjęcia aktywności zawodowej,
	3. poziom III - proteza z precyzyjnymi elementami mechanicznymi oraz nowoczesnym zawieszeniem kikuta (także z wykorzystaniem technologii silikonowej) oraz bardzo dobrym wykończeniem kosmetycznym; uniezależnia pacjenta od otoczenia w stopniu umożliwiającym podjęcie aktywności zawodowej,
	4. poziom IV - proteza z elementami bioelektrycznymi (lub elementy kombinowane bioelektryczne i mechaniczne - tzw. hybrydowa); proteza w części bioelektrycznej sterowana impulsami z zachowanych grup mięśniowych; w znacznym stopniu pozwala na uniezależnienie się od otoczenia, jednak nie zawsze jest akceptowana przez pacjentów, w szczególności z powodu znacznej wagi;
3. **poziom jakości protez kończyny dolnej** – należy przez to rozumieć:
	* + 1. poziom I - proteza wykonana w ramach limitu NFZ; posiada najprostsze elementy mechaniczne; nie daje możliwości lokomocyjnych dla codziennego funkcjonowania pacjenta,
			2. poziom II - poziom podstawowy umożliwiający w miarę sprawne poruszanie się pacjenta; proteza taka jednak nie daje rzeczywistych możliwości intensywnego, bezpiecznego jej użytkowania potrzebnego do codziennej aktywności zawodowej,
			3. poziom III - poziom bardzo dobry; proteza taka wykonana na nowoczesnych elementach (stopa, staw kolanowy) oraz posiadająca bardzo dobre zawieszenie w leju, także na elementach silikonowych; w tej grupie protez pacjent może otrzymać zaopatrzenie zapewniające takie możliwości lokomocyjne, aby mógł podjąć lub kontynuować aktywność zawodową;
			4. poziom IV - grupa najnowocześniejszych w świecie protez, także z elementami sterowanymi cyfrowo, z wielowarstwowymi lejami oraz najlżejszymi elementami nośnymi; umożliwiają w niektórych przypadkach także aktywność sportową i rekreacyjną pacjentów;
4. **proteza kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (Obszar C Zadanie nr 3 i nr 4)** – należy przez to rozumieć protezę/protezy kończyny górnej i/lub dolnej na III lub IV poziomie jakości protez;
5. **ekspert PFRON (w przypadku Obszaru C Zadanie nr 3 i nr 4)** – należy przez to rozumieć specjalistę wojewódzkiego z dziedziny rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii albo innego specjalistę w tych dziedzinach, wskazanego przez jednego z wymienionych specjalistów, który prowadzi na terenie danego województwa długotrwałą opiekę protetyczną nad osobami po amputacjach kończyn; wyboru ekspertów PFRON dokonuje PFRON; ekspertem nie może być osoba, która aktualnie oraz w ciągu ostatnich 3 lat, była przedstawicielem prawnym lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem protezowni (zakładu ortopedycznego); ekspertom PFRON przysługuje wynagrodzenie za wydanie opinii do wniosku zakwalifikowanego do dofinansowania, w zakresie: rokowań co do zdolności wnioskodawcy do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie, oraz o ile dotyczy: celowości zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy wnioskodawcy) i zwiększenia kwoty dofinansowania;

**CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:.................. – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

|  |
| --- |
| **Deklaracja bezstronności** **Oświadczam, że:**1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
* zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.
 |
| Data, pieczątka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczątki i podpisy pracowników oceniających wniosek merytorycznie  | Data i czytelne podpisy członków zespołu ekspertów (o ile dotyczy)  | Data, pieczątki i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU  |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (*zaznaczyć właściwe*): | **UWAGI** |
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania |  - tak - nie |  |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku |  - tak - nie |  |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie |  - tak - nie |  |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego  |  - tak - nie |  |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) |  - tak - nie |  |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) |  - tak - nie |  |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy  |  - tak - nie |  |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: | ....................../ ......................../ 20.... r. |
| **Weryfikacja formalna wniosku:**  **pozytywna negatywna** |
| Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: ........................................................................... |  - tak - nie |
| Wniosek kompletny w dniu przyjęcia |  - tak - nie |

***pieczątka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku***

 *data, podpis:*

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*

 **Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej ................/ ......................../ 20.... r.**

**Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej ......./ ......../ 20.... r.** (o ile dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie** |  |

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ....../......./20... r.

|  |
| --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON** **pozytywna**: **w ramach obszaru:........ negatywna**: **w ramach obszaru:..........** |
| **Deklaracja bezstronności** **Oświadczam, że:*** 1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
	2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
	3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
	4. nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:*** ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
* spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
* niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
* zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.
 |
| **PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):** |
|  Obszar C |  |  |
|  **UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ**: |
| ...................20...... r. ............................ ........................... data podpisy osób podejmujących decyzję  |

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

***pieczątka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu***

 *data, podpis:*

***pieczątki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę***

 *data, podpis:*