

## 1. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA (C3)

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, PO AMPUTACJI	PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, PO AMPUTACJI
<input type="checkbox"/> w zakresie ręki	<input type="checkbox"/> na poziomie podudzia
<input type="checkbox"/> przedramienia	<input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
<input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	<input type="checkbox"/> uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym
Dodatkowe informacje – opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):	

## 2. INFORMACJE UZUPELNIAJĄCE

Przyczyny 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: _____
<input type="checkbox"/> nie posiadam protezy
<input type="checkbox"/> od roku _____ użytkuję protezę (rodzaj/opis techniczny): _____
Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy: <input type="checkbox"/> NIE ; <input type="checkbox"/> TAK w _____ roku w ramach _____

## 3. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
PROTEZA		
KOSZTY DOJAZDU NA SPOTAKNIE DO EKSPERTA PFRON		
ŁĄCZNIE		

## Oświadczam, że:

1. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu Powiatowego w Myślenicach  TAK ;  NIE
2. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuje do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
3. Zapoznałam/łem się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam/łem do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) jak również [www.pcpr.myslenicki.pl](http://www.pcpr.myslenicki.pl)
4. W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam/łem pomoc ze środków PFRON – w tym za pośrednictwem powiatu – na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne  TAK ;  NIE
5. Na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam/łem pomoc ze środków Narodowego Funduszy zdrowia  TAK ;  NIE
6. Przyjmuje 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, proteza dofinansowania ze środków PFRON w ramach niniejszego wniosku nie może być współfinansowana z innych środków publicznych.
7. Przyjmuje do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
8. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/łam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie  TAK ;  NIE
9. Przyjmuje 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 spełnienie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy
10. Przyjmuje do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy dostawcy przedmiotu zakupu, lub rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać i/lub mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca. Wiarygodność odcisku potwierdza pracownik socjalny z rejonu wypisując obok imię i nazwisko Wnioskodawcy oraz umieszczając swoją pieczęć imienną i 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 i/lub czytać.

Myślenice, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis wnioskodawcy

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM, DRUKOWANYMI LITERAMI

4. Imię i nazwisko Pacjenta \_\_\_\_\_
5. PESEL
6. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
7. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
8. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od _____	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: _____	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: _____	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym		pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia		pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)		pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym		pieczętka, nr i podpis lekarza
Przyczyna amputacji kończyny	<input type="checkbox"/> uraz	<input type="checkbox"/> inna, jaka _____	<input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>
Aktualny stan procesu chorobowego	<input type="checkbox"/> stabilny	<input type="checkbox"/> niestabilny	<input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>
Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne: _____			<input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ DATA

\_\_\_\_\_  
PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA