

1. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA (C4)

Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	Orientacyjna cena brutto (w zł)
Zakup części zamiennych, jakich:	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
RAZEM	

2. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<u>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, PO AMPUTACJI</u> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	<u>PROTEZA NOGI, PO AMPUTACJI</u> <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 programu _____	
Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: <input type="checkbox"/> NIE ; <input type="checkbox"/> TAK, w dniu _____	
Posiadana proteza była naprawiana w roku: _____, gwarancja na naprawę upłynęła: <input type="checkbox"/> NIE ; <input type="checkbox"/> TAK, w dniu _____	
Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):	

3. 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		

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 przyjąłam/łem do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl jak również www.pcpr.myslenicki.pl
4. W okresie ostatnich 3 lat uzyskałam/łem pomoc ze środków PFRON – w tym za pośrednictwem powiatu – na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne TAK ; NIE
5. Na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam/łem pomoc ze środków Narodowego Funduszy zdrowia TAK ; NIE
6. 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.
7. W ciągu ostatnich 3 lat byłem/łam stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie TAK ; NIE
8. 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
9. Przyjmuje do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, 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"/> nie dotyczy
Aktualny stan procesu chorobowego	<input type="checkbox"/> stabilny	<input type="checkbox"/> niestabilny	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne: _____			<input type="checkbox"/> nie dotyczy

_____, dnia _____
MIEJSCOWOŚĆ DATA

PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA