

**1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4**  
**Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której**  
**zastosowano nowoczesne rozwiązanie techniczne**

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	

**2. Wnioskowana kwota dofinansowania**

Orientacyjna cena brutto (w zł)	
Wysokość wkładu własnego (10% ceny brutto)	
Kwota wnioskowana (90%)	
Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON	
Łącznie	

**3. Informacje uzupełniające**

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	
<b>PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	<b>PROTEZA NOGI, po amputacji:</b> <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym
<b>Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):</b>  	
<b>Przyczyna amputacji kończyny:</b> <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: .....	
<b>Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy:</b> <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny	
<b>Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:</b> .....	
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) ..... W .....r.	
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 użytą 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.....

#### 4. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 1-12)

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe)		
	Dolączone do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1. Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do niniejszego wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Klauzula informacyjna (załącznik nr 2 do niniejszego wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do specyfikacji- dotyczy Obszaru C Zadanie 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Wystawiony przez właściwą jednostkę dokument potwierdzający poszkodowanie osoby w 2018 lub 2019 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych ( o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. oferta cenowa szt.2 (sporządzona wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do niniejszego wniosku)			
8. W przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu			
9. Inne załączniki (należy wymienić):			
10.			
11.			
12.			

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Wnioskodawcy

Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
dotyczy Obszaru C Zadanie 4

.....  
**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 pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętą, 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)

pieczętą, nr\_ i podpis lekarza

