

**WNIOSEK**

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł I Likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową  
obszar C zadanie 3**pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne  
tj. protezy na co najmniej III poziomie jakości****1. Dane wnioskodawcy lub opiekuna prawnego**

Imię i nazwisko				PESEL		
* Adres zamieszkania/ zameldowania: ulica, nr domu/ mieszkania				Kod pocztowy		
Telefon		E-mail		Nr dowodu osobistego		
Dowód osobisty wydany przez			Data wydania dowodu osobistego		Data ważności dowodu	
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu/ mieszkania				Kod pocztowy		

\*niepotrzebne skreślić

**2. Dane osoby ubezwłasnowolnionej**

Imię i nazwisko				PESEL		
Adres zamieszkania/ zameldowania: ulica, nr domu/ mieszkania				Kod pocztowy Gdynia		
Telefon		E-mail		Nr dowodu osobistego		
Dowód osobisty wydany przez			Data wydania dowodu osobistego		Data ważności dowodu osobistego	
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu/ mieszkania				Kod pocztowy Miejscowość		

**3. Stan prawny i rodzaj niepełnosprawności**

Posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ważne do							
Stopień znaczny		Stopień umiarkowany		Stopień lekki		Symbol/ kod przyczyny niepełnosprawności	
Posiadane orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ważne do							
I grupa		II grupa		III grupa		Inwalidztwo spowodowane stanem narządu	
Posiadane orzeczenie ważne do				Inwalidztwo spowodowane stanem narządu symbol/ kod przyczyny niepełnosprawności			

całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji		całkowita niezdolność do pracy		częściowa niezdolność do pracy	
---	--	--------------------------------	--	--------------------------------	--

Czy niepełnosprawność wnioskodawcy /podopiecznego jest sprzężona tzn. występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności	<b>Tak</b> (proszę wpisać kody/ symbole z orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności lub w przypadku orzeczeń do celów rentowych - przyczyny niepełnosprawności)		<b>Nie</b>
---	--	--	------------

#### Przyczyna amputacji kończyny

uraz		Inna (jaka?)	
------	--	--------------	--

#### Inne osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Rodzaj i stopień niepełnosprawności
1				
2				
3				

#### 4. Aktywność zawodowa

Prosimy o wpisanie znaku „X” w odpowiednich rubrykach.

Jestem zatrudniony/zatrudniona	Tak		Nie	
--------------------------------	-----	--	-----	--

#### Forma zatrudnienia i informacja o pracodawcy

Nazwa pracodawcy Adres miejsca pracy Telefon kontaktowy do pracodawcy				
Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę	Tak		Nie	
Zatrudnienie na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	Tak		Nie	
Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę – proszę wskazać na jaki okres została zawarta umowa				
Zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej np. zlecenia, o dzieło, inne	Tak		Nie	
Zatrudnienie w formie stażu zawodowego	Tak		Nie	
Inne formy zatrudnienia (jakie?)	Tak		Nie	
Działalność gospodarcza	Tak		Nie	
Działalność rolnicza	Tak		Nie	
Nr NIP wpis do ewidencji działalności gospodarczej/rolniczej nr i nazwa urzędu				

#### Rejestracja w Urzędzie pracy

Rejestracja w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna	Tak		Nie		Data rejestracji	
Rejestracja w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu	Tak		Nie		Data rejestracji	

## Działania związane z aktywnym poszukiwaniem pracy

Współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem		Inne działania (jakie?)	
--	--	-------------------------	--

## Działania związane z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych

kursy zawodowe	nauka języków obcych	Inne działania (jakie?)	
----------------	----------------------	-------------------------	--

## 5. Obecnie realizowany poziom kształcenia

Szkoła podstawowa	Gimnazjum	Zasadnicza szkoła zawodowa	Liceum	Technikum	Szkoła policealna
Studia (I i II stopnia)	Studia podyplomowe	Studia doktoranckie	Inne (jakie?)		
Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca pobiera obecnie naukę					

## 6. Korzystanie ze środków PFRON

Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego niniejszym wnioskiem w latach 2015, 2016, 2017	Tak		Nie	
---	-----	--	-----	--

Wnioskodawca lub jego podopieczny w ciągu ostatnich 3 lat poprzedzających rok złożenia niniejszego wniosku korzystał ze środków PFRON (dofinansowania do: likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, do sprzętu rehabilitacyjnego oraz dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”).

**UWAGA!** Należy pominąć dofinansowania do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych oraz dofinansowania do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych realizowanych przez ośrodki pomocy społecznej

Tak, korzystałem		Nie, nie korzystałem		
Nazwa zadania w ramach którego udzielono wsparcia	Przedmiot dofinansowania	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia umowy	Wysokość dofinansowania
				zł
				zł
				zł
				zł
				zł
<b>RAZEM</b>				<b>zł</b>

W ciągu ostatnich 3 lat wnioskodawca był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy i/lub posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub realizatora programu	Tak		Nie	
---	-----	--	-----	--

## 7. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania

Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	Orientacyjna cena brutto
Proteza kończyny górnej, po amputacji w zakresie ręki	zł
Proteza kończyny górnej, po amputacji przedramienia	zł
Proteza kończyny górnej, po amputacji ramienia i wyluszczenia w stawie barkowym	zł
Proteza kończyny dolnej, po amputacji na poziomie podudzia	zł
Proteza kończyny dolnej, po amputacji na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	zł
Proteza kończyny dolnej, po amputacji uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym	zł
Koszt dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON	zł

<b>RAZEM</b>	zł
<p style="text-align: center;"><b>Wnioskowana kwota dofinansowania brutto</b></p> <p>Maksymalna kwota dofinansowania Protezy na III poziomie jakości po amputacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ręki <b>9 000 zł brutto</b></li> <li>▪ przedramienia <b>20 000 zł brutto</b></li> <li>▪ ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym <b>26 000 brutto</b></li> <li>▪ na poziomie podudzia <b>14 000 zł brutto</b></li> <li>▪ na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <b>20 000 zł brutto</b></li> <li>▪ na wysokości uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym <b>25 000 zł brutto</b></li> </ul> <p><b>+ refundacja kosztów dojazdu wnioskodawcy do eksperta PFRON - 200 zł brutto</b></p>	zł

<b>Zwiększenie kwoty dofinansowania</b> - gdy wnioskodawca stara się o dofinansowanie protezy na IV poziomie jakości	Tak		Nie	
--	-----	--	-----	--

<b>Informacje dotyczące wnioskowanej protezy</b> (rodzaj /opis techniczny protezy – elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały, itp.)

#### Posiadanie protezy kończyny

Nie posiadam		Posiadam (proszę podać rodzaj protezy, jej stan, rok od którego jest użytkowana)
--------------	--	--

### 8. Uzasadnienie dofinansowania

Proszę o udzielanie wyczerpujących informacji i odpowiedzi, gdyż będą one miały istotny wpływ na ocenę wniosku

<p>Należy szczegółowo uzasadnić i opisać potrzebę dofinansowania danego przedmiotu dofinansowania.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ w jaki sposób przedmiot dofinansowania będzie wykorzystywany</li> <li>▪ jak przedmiot dofinansowania wpłynie na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy</li> <li>▪ jakie przedmiot dofinansowania przyniesie wymierne korzyści i efekty w zakresie życia codziennego: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ jak wpłynie na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy w społeczeństwie</li> <li>▪ jak wpłynie na poprawę pełnienia ról społecznych</li> <li>▪ jak wpłynie na poprawę funkcjonowania na rynku pracy</li> <li>▪ jak wpłynie na rozwój wnioskodawcy w zakresie edukacji i realizacji życiowych celów</li> <li>▪ jak wpłynie na poprawę jakości życia</li> </ul> </li> </ul>

#### UWAGA!

W przypadku wnioskodawców, którzy ubiegają się ponownie o udzielenie pomocy na ten sam cel, należy podać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

--

### 9. Rodzaj gospodarstwa domowego oraz wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu

**Uwaga!** należy wypełnić zgodnie z oświadczeniem o wysokości dochodów stanowiącym załącznik nr 2 do wniosku

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Źródło dochodu wynagrodzenie, renta, emerytura, inne (należy wymienić wszystkie źródła dochodu)	Średni miesięczny dochód netto
1		WNIOSKODAWCA			zł
2					zł
3					zł
4					zł
5					zł
6					zł
7					zł
<b>RAZEM</b>					<b>zł</b>

▪ liczba członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym (razem z wnioskodawcą)					
▪ łączny średni miesięczny dochód netto (kwota RAZEM z tabeli powyżej)	zł				
Średni miesięczny dochód netto przypadający <b>na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą</b> (tj. łączny średni miesięczny dochód netto podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym) wynosi	zł				
Jestem osobą samotnie zamieszkującą i samodzielnie prowadzącą gospodarstwo domowe	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>Tak</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nie</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>		

### 10. Oświadczenia

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 Kodeksu karnego i pouczony o jego treści: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. Oświadczam, że:**

- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą
- nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego)
- posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej **na obowiązkowy 10% wkład własny** kwoty brutto do realizacji zadania
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPS oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną
- zobowiązuję się niezwłocznie zgłaszać MOPS w Gdyni o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku
- zapoznałem się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania (tekst programu jest dostępny pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl))

<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>otrzymałem w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację na ten sam cel ze środków NFZ</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Gdynia, dnia		Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika		

### 11. Forma przekazania dofinansowania

Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania <b>na konto firmy</b> , w której dokonano realizacji dofinansowania			
Gdynia, dnia		Czytelny podpis Wnioskodawcy lub pełnomocnika	

i/lub

Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania <b>na wskazany przeze mnie rachunek bankowy</b>			
Nazwa banku		Dane właściciela rachunku Imię, nazwisko, adres	
Nr konta			
Gdynia, dnia		Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika	

### 12. Wymagane załączniki do wniosku

**Uwaga!** W przypadkach, w których wymagane jest złożenie kserokopii dokumentów niezbędne jest przedstawienie oryginałów do wglądu.

<p><b>Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON – załącznik nr 1 do wniosku</b></p> <p><b>UWAGA !</b> oprócz wnioskodawcy oświadczenie jest wymagane odrębnie od każdej pełnoletniej osoby zamieszkującej wraz z wnioskodawcą</p>
<p><b>Oświadczenie o wysokości dochodów – załącznik nr 2 do wniosku</b></p>
<p><b>Zaświadczenie lekarskie – załącznik nr 6 do wniosku</b></p> <p><b>UWAGA !</b> zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku</p>
<p><b>Dwie propozycje (oferty) specyfikacji i kosztorysu do protezy - załącznik nr 10 do wniosku</b></p>
<p><b>Oświadczenie pełnomocnika osoby niepełnosprawnej - załącznik nr 9 do wniosku</b></p> <p><b>kserokopia orzeczenia</b> o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych (w przypadku orzeczeń ZUS, konieczny jest rozszerzony wypis z orzeczenia)</p> <p><b>kserokopie orzeczeń</b> o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczeń do celów rentowych osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą</p> <p><b>kserokopie dokumentów potwierdzających aktywność zawodową</b> (m.in. zaświadczenie z urzędu pracy, zaświadczenie z miejsca pracy, umowy, potwierdzenie prowadzenia działalności gospodarczej itp.)</p> <p><b>kserokopie dokumentów związanych z obecnie podnoszonymi kwalifikacjami zawodowymi oraz aktywnym poszukiwaniem pracy</b> - związane z nauką języków, kursami zawodowymi, współpracą z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem; tj. zaświadczenia, certyfikaty, itp.</p> <p><b>kserokopie dokumentów potwierdzających obecnie realizowany poziom kształcenia</b> (m.in. zaświadczenie, indeks, itp.)</p>
<p><b>oferta cenowa/ specyfikacja/ kosztorys protezy</b></p>

**kserokopia zaświadczenia o ustanowieniu opiekunem prawnym lub postanowienia sądu o ustanowieniu opieki prawnej**

**kserokopia potwierdzonego notarialnie pełnomocnictwa do reprezentowania** wnioskodawcy w zakresie umożliwiającym realizację dofinansowania wraz z **pisemnym oświadczeniem pełnomocnika**, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

inne załączniki wskazane przez realizatora, niezbędne do weryfikacji danych, których nie można uzyskać na podstawie złożonych dokumentów (np. potwierdzenie poszkodowania w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych)

## Część wniosku wypełniana przez MOPS w Gdyni

### 13. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni

<b>Data wpływu wniosku</b>		<b>Pieczętka i podpis pracownika</b>	
ADNOTACJE URZĘDOWE			

### 14. Weryfikacja formalna wniosku

Wniosek kompletny		Wniosek uzupełniony w terminie	Wniosek nie uzupełniony w terminie		Weryfikacja formalna wniosku pozytywna		Weryfikacja formalna wniosku negatywna	
Data dokonania weryfikacji formalnej wniosku i przekazania wniosku do oceny merytorycznej				Pieczętka i podpis pracownika dokonującego weryfikacji <b>formalnej</b> wniosku				

### 15. Ocena merytoryczna wniosku

Liczba punktów ogółem		Gdynia, dnia		Pieczętka imienna i podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej	
-----------------------	--	--------------	--	--	--

Data przekazania wniosku do opinii eksperta (jeżeli dotyczy)		Gdynia, dnia		Pieczętka i podpis pracownika	
--	--	--------------	--	-------------------------------	--

### 16. Ocena merytoryczna wniosku dokonywana przez eksperta (jeżeli dotyczy)

Opinia eksperta wraz z krótkim merytorycznym uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń		Opinia pozytywna		Opinia negatywna	
Uzasadnienie					
Gdynia, dnia		Pieczętka i czytelny podpis eksperta			

## 17. Decyzja w sprawie dofinansowania na podstawie rekomendacji Komisji

Decyzja pozytywna		Decyzja negatywna		Przyznana kwota dofinansowania	zł	Data, pieczętka i podpis	
Uzasadnienie decyzji odmownej							

## 18. Deklaracja bezstronności

<p><b>Oświadczam, że:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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 z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z wnioskodawcą</li> <li>▪ nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku</li> <li>▪ nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem zatrudniony, w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u wnioskodawcy</li> <li>▪ nie pozostaję z wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.</li> </ul> <p><b>Zobowiązuję się do:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ochrony danych osobowych wnioskodawcy</li> <li>▪ pełnienia swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie</li> <li>▪ niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności</li> <li>▪ zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w powyższym oświadczeniu.</li> </ul>			
Data, pieczętka i podpis pracownika dokonującego weryfikacji <b>formalnej</b> wniosku		Data, pieczętka i podpis pracownika dokonującego oceny <b>merytorycznej</b> wniosku	
Data, pieczętka i czytelny podpis <b>eksperta</b> Realizatora (jeśli dotyczy)		Data, pieczętka i podpisy pracowników przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy	
Data, pieczętka i podpis radcy prawnego ze strony Realizatora akceptującego umowę		Data, pieczętka i podpis dyrektora MOPS upoważnionego do podpisania umowy	

### Deklaracja bezstronności Komisji

<p><b>Oświadczam, że:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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 z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z wnioskodawcą,</li> <li>▪ nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,</li> <li>▪ nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem zatrudniony, w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u wnioskodawcy,</li> <li>▪ nie pozostaję z wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.</li> </ul> <p><b>Zobowiązuję się do:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ochrony danych osobowych wnioskodawcy,</li> <li>▪ pełnienia swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,</li> <li>▪ niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,</li> <li>▪ zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w powyższym oświadczeniu.</li> </ul>			
Gdynia, dnia		Podpisy osób członków Komisji	