

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania **MODUŁ I - obszar C Zadanie 4**

pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej protezy kończyny w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

<b>I. Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	
<b>Cena brutto naprawy protezy (100%)</b>	
<b>Wysokość wkładu własnego (10% ceny brutto)</b>	
<b>Kwota wnioskowana = (90%)</b> (cena brutto odjąć 10% kosztów ceny brutto w zł)	
<b>Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON</b>	
<b>Łączna kwota dofinansowania (naprawa protezy + koszty dojazdu)</b>	

<b>Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne</b>	<b>ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)</b>
Zakup części zamiennych, jakich ( <i>wymienić</i> ):	
Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego:	
Koszty naprawy/remontu	
Koszty przeglądu technicznego	
Koszty konserwacji/renowacji	
Inne, jakie:	
<b>RAZEM</b>	

<b>Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne</b>	
<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"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> - w ramach (np. programu) ..... W .....r.	

**Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął:**

- NIE  
 TAK, 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):**

w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na naprawę protezy kończyny w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej <b>co najmniej</b> 10% ceny brutto)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
w ciągu ostatnich 3 lat <b>byłam(am)</b> stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

**Załączniki wymagane do wniosku:**

1	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia).	<input type="checkbox"/>
2	<b>Załącznik nr 1</b> - oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu.	<input type="checkbox"/>
3	<b>Załącznik nr 2</b> - oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym.	<input type="checkbox"/>
4	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.	<input type="checkbox"/>
5	W przypadku wnioskodawcy w wieku emerytalnym zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu.	<input type="checkbox"/>
6	Dowód osobisty – oryginał do wglądu.	<input type="checkbox"/>
7	Faktura proforma lub faktura VAT.	<input type="checkbox"/>

.....  
**Miejscowość data**

.....  
**podpis wnioskodawcy**