1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA (C3)**

|  |  |
| --- | --- |
| Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |
| PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, PO AMPUTACJI  [ ] w zakresie reki  [ ] przedramienia  [ ] ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, PO AMPUTACJI  [ ] na poziomie podudzia  [ ] na wysokości uda (także przez staw kolanowy)  [ ] uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym |
| Dodatkowe informacje – opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały): | |

1. **INFORMACJE UZUPELNIAJĄCE**

|  |
| --- |
| Przyczyny amputacji kończyny [ ] uraz ; [ ] inna, jaka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: [ ] stabilny ; [ ] niestabilny |
| Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ] nie posiadam protezy  [ ] od roku \_\_\_\_\_\_\_ użytkuję protezę (rodzaj/opis techniczny): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Czy wnioskodawca uzyskał wcześniej pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy:  [ ] NIE ; [ ] TAK w \_\_\_\_\_\_\_\_\_ roku w ramach \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **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 prawda 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 widomości i stosowania, ze 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. Zostałem/łam poinformowany/na, iż maksymalna kwota dofinansowania w Obszarze C zadanie 3 może wynieść: w zakresie ręki – 9 000 zł, przedramienia – 20 000 zł, ramienia lub wyłuszczeniu   
    w stawie barkowym – 26 000 zł, na poziomie podudzia – 14 000 zł, na wysokości uda (także przez staw kolanowy) – 20 000 zł, uda lub wyłuszczeniu w stawie biodrowym – 25 000 zł; z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w wyjątkowych przypadkach i wyłącznie wtedy, gdy celowość zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy u wnioskodawcy), zostanie zarekomendowana przez eksperta PFRON.
11. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne – w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej –   
    co najmniej 10% ceny brutto
12. Zostałem/łam poinformowany/na, iż refundacja kosztów związanych z uzyskaniem dofinansowania na zakup protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości może dotyczyć kosztów poniesionych wyłącznie po zawarciu umowy dofinansowania.
13. 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 pieczątkę 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STEMPEL ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJLUB PRAKTYKI LEKARSKIEJ **DATA WYSTAWIENIA**

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE W JĘZYKU POLSKIM, DRUKOWANYMI LITERAMI

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenia:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie ręki | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie przedramienia | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja na poziomie podudzia | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym | | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
| Przyczyna amputacji kończyny | | uraz | inna, jaka **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **nie dotyczy** |
| Aktualny stan procesu  chorobowego | | stabilny | niestabilny | **nie dotyczy** |
| Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną  nowoczesne rozwiązania techniczne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **nie dotyczy** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MIEJSCOWOŚĆ DATA PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA