Imię i nazwisko Wnioskodawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 |  |

1. **INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |
| PROTEZA KONCZYNY GÓRNEJ, PO AMPUTACJI  [ ] w zakresie ręki  [ ] przedramienia  [ ] ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | PROTEZA NOGI, 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): | |
| Przyczyna amputacji kończyny : [ ] uraz ; [ ] inna, jaka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy; [ ] stabilny ; [ ] 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? **[ ] NIE ; [ ] TAK**, w ramach programu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: **[ ] NIE ; [ ] TAK**, w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Posiadana proteza była naprawiana w roku: \_\_\_\_\_, gwarancja na naprawę upłynęła: **[ ] NIE ; [ ] TAK**, w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON): | |

1. **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 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 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 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.
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. Zostałem/łam poinformowany/na, iż maksymalna kwota dofinansowanie w Obszarze C zadanie 4 może wynieść do 30% kwot określonych w Obszarze C zadanie 3.
10. Posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne – w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto.
11. Przyjmuje do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub tez 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 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