ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Lp.	Nazwa
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2.	Dwie niezależne oferty (od dwóch niezależnych sprzedawców/usługodawców), dotyczące wybranego przedmiotu dofinansowania.
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu..
4.	Zaświadczenie wydane przez **lekarza specjalistę** 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 do wniosku).
5.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym.
6.	Wypełniony załącznik nr 1 – informacje niezbędne do oceny merytorycznej wniosku.
7.	Wypełnione przez Wnioskodawcę oświadczenie stanowiące załącznik nr 2 do wniosku.
8.	Kserokopia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne potwierdzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia – o ile dotyczy. Uwaga: Zlecenie powinno zostać dostarczone przed wydaniem decyzji oraz podpisaniem umowy.
9.	W przypadku, gdy osoba otrzymała w latach poprzednich dofinansowanie ze środków PFRON na zakup protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (co najmniej na III poziomie jakości) powinna wówczas dołączyć do wniosku potwierdzenie, że udzielony przez usługodawcę okres gwarancji został zakończony (np. karta gwarancyjna/specyfikacja lub oświadczenie od sprzedawcy/usługodawcy).
10.	Zaświadczenie z: • Powiatowego Urzędu Pracy w przypadku osób bezrobotnych i/lub poszukujących pracy; • zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie, w przypadku osób zatrudnionych; • szkoły, uczelni o aktualnym etapie kształcenia(dot. os. uczących się).
11.	Przebieg pracy zawodowej (opis).

Załącznik nr 1 - INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o **wyczerpujące** informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy **udokumentować** (*np.* ***fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby***) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 4 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) **istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON**.

Pytanie/zagadnienie	Informacje Wnioskodawcy
1) Obszerne uzasadnienie wniosku - obligatoryjne Należy uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, szczególnie w odniesieniu do celu programu, jakim jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjenta pomocy w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (co najmniej na III poziomie jakości). Program nie przewiduje katalogu przedmiotów/usług możliwych do sfinansowania w ramach programu – decydujące dla możliwości dofinansowania będzie uzasadnienie wnioskodawcy potrzeby zakupu danego przedmiotu/usługi, przy czym niezbędne jest, aby proponowany do dofinansowania przedmiot/usługa była związane z utrzymaniem sprawności technicznej posiadanej protezy. Możliwe jest dofinansowanie w szczególności: zakupu części zamiennych, dodatkowego wyposażenia, a także pomoc w pokryciu kosztów niezbędnych napraw, remontów, przeglądów technicznych, konserwacji. (uzasadnienie wyboru danego przedmiotu można dołączyć do wniosku jako dodatkowy załącznik).	.... (26 dotted lines)
2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.	☐ - tak 3 przyczyny niepełnosprawności ☐ - nie ☐ - tak 2 przyczyny niepełnosprawności
3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca **pierwszy raz uzyska dofinansowanie** danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?	☐ - tak ☐ - nie

4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?	☐ - tak (1 osoba) ☐ - tak (więcej niż jedna osoba) ☐ - nie
5) Czy aktywny zawodowo Wnioskodawca jednocześnie podnosi swoje kwalifikacje zawodowe (np. kursy zawodowe, nauka języków obcych) albo jednocześnie działa na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych albo w sposób aktywny poszukuje pracy lub stara się lepiej przygotować do jej podjęcia albo do dalszego kształcenia (np. współpraca z doradcą zawodowym, trenerem pracy, psychologiem)?	☐ - nie dotyczy ☐ - nie ☐ - tak (proszę opisać): ....
6) Czy Wnioskodawca posiada wyróżnienia lub udziela się jako wolontariusz?	☐ - nie dotyczy ☐ - nie ☐ - tak (proszę opisać): ....
7) Czy Wnioskodawca porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego?	☐ - nie ☐ - tak
8) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp.	☐ - nie ☐ - tak (proszę opisać): ....

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając 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, lecz mogącego czytać.

..... dnia ..... /..... /20... r.	..... **podpis Wnioskodawcy**

Załącznik nr 2 – Oświadczenie Wnioskodawcy

Oświadczam, że:

1. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
2. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatowego w Nysie ☐ **tak** - ☐ **nie**
3. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Aktywny samorząd", które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjęłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: pcprnysa.pl,
4. uzyskam w danym roku dofinansowanie, refundację lub dotację **ze środków NFZ** na cel objęty umową dofinansowania ☐ **tak** - ☐ **nie**,
5. 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,
6. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne – co najmniej na III poziomie jakości (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny**)
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator może zobowiązać wnioskodawcę do okazania oryginału dokumentu wymaganego do wniosku lub dostarczenia dodatkowych informacji lub załączników, które wnioskodawca musi dołączyć do wniosku przed jego rozpatrzeniem,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
9. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ **tak** - ☐ **nie**,
10. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu / usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego *lub* na wskazany rachunek bankowy wnioskodawcy do rozliczenia na warunkach określonych w umowie dofinansowania,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że pomoc może być udzielona po zakończeniu okresu gwarancji związanej z pomocą udzieloną wcześniej w ramach tego zadania (udzielonej na elementy/przedmioty wówczas zakupione),
12. przyjmuję do wiadomości, że decyzję w sprawie wysokości dofinansowania dla wnioskodawcy podejmuje Realizator programu,
13. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że wniosek podlega weryfikacji przez eksperta PFRON w zakresie: stabilności procesu chorobowego wnioskodawcy, rokowań co do zdolności wnioskodawcy do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie. (**Wnioskodawca zobowiązany jest do odbycia dwóch wizyt u eksperta PFRON)**.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając 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, lecz mogącego czytać.

…… dnia ..... /..... /20 ..... r. .....

podpis Wnioskodawcy

……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……, dnia ……..

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczątką***):

□	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:

.....

Aktualny stan procesu chorobowego: □ stabilny □ niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne: ……
……..
.....

……, dnia ……. ……

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr i podpis lekarza

UWAGA!
1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem lekarza dokonującego skreśleń i poprawek.

Pouczenie: zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku

Wzór oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu „Aktywny samorząd ” do Realizatora programu tj. Powiatu Nyskiego z siedzibą w Nysie (w Starostwie Powiatowym w Nysie) przy ul. Piastowska 33a, 48-300 Nysa (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (*o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić*):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Powiat Nyski z siedzibą w Nysie (w Starostwie Powiatowym w Nysie) przy ul. Piastowska 33a, 48-300 Nysa (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celach związanych z realizacją programu „Aktywny Samorząd” w tym m.in. do zawarcia i realizacji umowy w ramach ww. programu. Administrator danych osobowych zobowiązany jest przestrzegać zasad przetwarzania danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), a także zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania , aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych

Przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się.

Gospodarstwo domowe wnioskodawcy – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:

a) **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny,

lub

b) **samodzielne gospodarstwo –** gdy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu;

<u>Uwaga</u>! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) .....zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby ***(zgodnie z przypisem nr 1)***:

		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – ***poniżej należy wymienić <u>tylko stopień pokrewieństwa</u> z Wnioskodawcą***:		**X**
2.		
3.		
4.		
5.		
	RAZEM	

<u>Oświadczam, także że</u>:

1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi: .....zł. (słownie złotych: .....)
*(należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**)*;

O ile dotyczy – w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2022 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2023 r), według wzoru:

[5.549 zł x ……/12]/liczba osób w gospodarstwie domowym = …….
(**liczba hektarów**) **przeciętny miesięczny dochód**

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

……, dnia.....r. ……
miejscowość *podpis Wnioskodawcy*

Do dochodu **wlicza się**, m.in. przychody podlegające opodatkowaniu, dochód z działalności gospodarczej rolniczej, renty, emerytury, zasiłki chorobowe, alimenty na rzecz dzieci, stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora, zaliczkę alimentacyjną.

Do dochodu **nie wlicza się** zasiłków z pomocy społecznej, takich jak zasiłek rodzinny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek okresowy, zasiłek stały.

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na postawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

Przypis nr 1

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się **między innymi**:

1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych. **Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne**.

Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany średni miesięczny dochód brutto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Przypis nr 2 – sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

przeciętny miesięczny dochód netto za kwartał poprzedzający kwartał złożenia wniosku, podzielony przez 3 miesiące, przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

$$= \frac{\text{łączny średni miesięczny (dochód netto wykazany)/3 w wierszu „Razem”}}{\text{Liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}}$$

Kwartał złożenia wniosku:	Kwartał, którego dotyczy obliczany dochód:
I – styczeń, luty, marzec – br.	IV – październik, listopad, grudzień – poprzedniego roku
II – kwiecień, maj, czerwiec – br.	I – styczeń, luty, marzec – br.
III – lipiec, sierpień, wrzesień – br.	II – kwiecień, maj, czerwiec – br.
IV – październik, listopad, grudzień – br.	III – lipiec, sierpień, wrzesień – br.