Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Oddział Lubuski

Zielona Góra, dnia 22 lipca 2019 r.

O-04/ /2019/PN

O-04.4141.5.2019.40.PN

Starostowie Powiatów, Prezydenci Miast
na prawach powiatu
w województwie lubuskim

Szanowni Państwo,

Miło mi poinformować, że Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, uwzględniając postulaty środowiska osób niepełnosprawnych, a także wielu Realizatorów programu oraz m.in. Związku Powiatów Polskich - podjął decyzję o uruchomieniu w bieżącym roku naboru wniosków o dofinansowanie zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach Obszaru C Zadanie 1 „Aktywny samorząd".

Fundusz podejmując się finansowana ww. zadania, chce w najbardziej efektywny i oczekiwany przez środowisko osób niepełnosprawnych sposób, wykorzystać dostępne środki finansowe. Jestem przekonana, że Państwa kompetencje i dotychczasowe doświadczenia zdobyte w trakcie realizacji programu, gwarantują sprawne i skuteczne wdrożenie zadania, co zapewni wsparcie kolejnej grupie osób niepełnosprawnych, oczekujących pomocy w likwidacji uciążliwej bariery w poruszaniu się.

Odbiorca pomocy jest wskazany w rozdziale VI ust. 1 pkt 3 lit. a programu. Maksymalna kwota dofinansowania wynosi 10.000 zł, a minimalny udział własny w zakupie - 10% ceny brutto wózka. Pomoc w zakupie wózka o napędzie elektrycznym, tak jak dotychczas, jest przeznaczona dla osób z dysfunkcjami uniemożliwiającymi samodzielne poruszanie się za pomocą ręcznego wózka inwalidzkiego. Pojęcia związane z realizacją zadania są zdefiniowane w zmodyfikowanym dokumencie pn. „Kierunki działań (...)" w 2019 r.

Jeżeli Wnioskodawca nie będzie zatrudniony ani nie będzie się uczyć, to warunkiem przyznania pomocy (**tylko w tym przypadku**) jest pozytywna opinia eksperta PFRON co do uzyskania zdolności do pracy albo do podjęcia nauki w wyniku wsparcia udzielonego

w programie. Współpraca z ekspertem będzie przebiegała podobnie, jak w przypadku wniosku o dofinansowanie protezy w ramach programu.

Jednocześnie chciałabym podkreślić, że w celu usprawnienia realizacji zadania, zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne na wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym (specjalny) posiadane przez Wnioskodawcę i potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, **jest równoważne z pozytywną opinią eksperta PFRON**. Wnioski osób posiadających zlecenie nie wymagają dodatkowej opinii eksperta PFRON. Zlecenie to może być dostarczone wraz z wnioskiem lub w ramach jego uzupełnienia.

Kontynuując naszą dotychczasową, dobrą współpracę w ramach realizacji programu, w załączeniu przekazuję do wykorzystania roboczy wzór dodatku do formularza wniosku o dofinansowanie (wraz z wzorem zaświadczenia lekarskiego), dotyczący zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.

Na koniec należy zaznaczyć, że osoby poza wiekiem aktywności zawodowej (w wieku emerytalnym) mogą uzyskać wsparcie w programie, gdy są zatrudnione. Nie oznacza to jednak, że są pozbawione wsparcia ze środków PFRON. Na podstawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne (na wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym - specjalny) mogą uzyskać wsparcie w ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia oraz PFRON w ramach zadania ustawowego powiatu (przekazywanych według algorytmu).

Pozostałe modyfikacje dokumentu pn. „Kierunki działań (...)" w 2019 roku obejmują:

1) Możliwość zwiększenia naliczenia dodatku dla studentów i pozostałych adresatów pomocy w module II, na pokrycie innych kosztów kształcenia - o 800 zł z tytułu posiadania podpisu elektronicznego lub Profilu Zaufanego na platformie ePUAP – i złożenia wniosku o dofinansowanie w formie elektronicznej w dedykowanym systemie przygotowanym przez PFRON.

   Tego typu zachęta została przewidziana, by osoby niepełnosprawne zaczęły w pełni korzystać z dobrodziejstwa cyfryzacji, która rozwija, pozwala edukować i zdobywać nowe możliwości, a co najważniejsze - pozwala znakomicie lepiej gospodarować czasem przeznaczonym na naukę. Jest także zgodna z orientacją administracji państwa na usługi cyfrowe. Nasza efektywna współpraca w tym zakresie jest kluczowa dla budowy sprawnej i nowoczesnej (elektronicznej) administracji przyjaznej dla obywatela.

2) Zmiany w definicjach pojęć, w tym doprecyzowanie dysfunkcji narządu słuchu (ust. 31 pkt 5) oraz aktualizację oznakowania publikatorów (metryczek) aktów prawnych, przywołanych w dokumencie.

Z uwagi na nieodległy termin zakończenia naboru wniosków w module I, uprzejmie proszę o uwzględnienie w podejmowanych działaniach skutecznych przedsięwzięć

informacyjnych dotyczących aktualnego zakresu pomocy w ramach programu. Odpowiednie komunikaty ukażą się wkrótce również na witrynie internetowej Funduszu.

Przekazując powyższe, zapewniam o wsparciu merytorycznym w ramach naszej współpracy i deklaruję gotowość daleko idącej pomocy w celu skutecznego wdrożenia w 2019 roku nowych inicjatyw Funduszu, przyjętych w ramach modyfikacji dokumentu pn. „Kierunki działań (...)" w 2019 r.

Z poważaniem

wz. Dyrektora Oddziału Lubuskiego PFRON

Samodzielny Specjalista
ds. wsparcia i współpracy z NGO's
D. Czer
Dorota Czerwińska

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Obszar C Zadanie 1

Model (nazwa) wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:	
Dopuszczalne obciążenie wózka:	Dodatkowe wyposażenie wózka:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

Przedmiot dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym		
Akumulator		
Inne, dodatkowe wyposażenie		
ŁĄCZNIE		

6. Informacje uzupełniające

1) **Wnioskodawca/podopieczny korzystał* już wcześniej z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (zna zasady korzystania z wózka z napędem elektrycznym):**	☐ tak ☐ nie
2) **Wnioskodawca/podopieczny aktualnie posiada* wózek o napędzie elektrycznym: MODEL ..... zakupiony ze środków: .....**	**rok nabycia: .....r.** ☐ **nie dotyczy**
3) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał także pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	☐ **tak - w ..... roku** ☐ **nie**
4) Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał również pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym w ramach programu:	☐ **tak - w ..... roku** ☐ **nie**
5) **Waga Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:**	..... **kg**
6) **Wzrost Wnioskodawcy/podopiecznego, który będzie użytkował wózek:**	.....**cm**
7) **Budynek, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym (budynek jest pozbawiony barier architektonicznych), w tym:**	☐ **tak** ☐ **nie**
– jest zapewniony swobodny/udogodniony dojazd wózkiem do mieszkania:	☐ **tak** ☐ **nie**
– Wnioskodawca posiada miejsce do przechowywania/garażowania wózka:	☐ **tak** ☐ **nie**
8) **Mieszkanie, w którym mieszka Wnioskodawca/podopieczny umożliwia* poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym:**	☐ **tak** ☐ **nie**
9) **Wnioskodawca/podopieczny może* samodzielnie obsługiwać wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym:**	☐ **tak** ☐ **nie**
10) **Wnioskodawca/podopieczny w trakcie korzystania z wózka będzie korzystał* z pomocy innych osób:**	☐ **tak** ☐ **nie**
11) **Czy w przypadku Wnioskodawcy/podopiecznego występują* przeciwwskazania do przyjmowania pozycji siedzącej, w tym:**	☐ **tak** ☐ **nie**
– występują odleżyny w okolicy kulszowej, krzyżowej, pięt:	☐ **tak** ☐ **nie**
– występują masywne przykurcze wyprostne biodra:	☐ **tak** ☐ **nie**
– zaawansowane deformacje tułowia uniemożliwiają bezpieczne przebywanie w siedzisku o dostępnym stopniu przystosowania:	☐ **tak** ☐ **nie**

** - należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym*

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. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego 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:.....,
3. w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: ☐ tak - ☐ nie,
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
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. 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,
7. w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: ☐ tak - ☐ nie,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na rachunek dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

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

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 6-8)

	Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU *(należy zaznaczyć właściwe)*		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia/skan aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia)	☐	☐	
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie, pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr .....do wniosku)*	☐	☐	
3.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr .....do wniosku)*	☐	☐	
4.	Kserokopia/skan aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	☐	☐	
5.	Kserokopia/skan dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	☐	☐	
6.	Inne załączniki (należy wymienić):	☐	☐	
7.		☐	☐	
8.		☐	☐	

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., **dnia** .....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd" (C1)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

   PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.		Tak ☐ Nie ☐
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (***prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź***)		
☐	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	
☐	Dysfunkcji obu rąk	
☐	Dysfunkcji obu nóg	
☐	Inna dysfunkcja	
W przypadku Pacjenta: (***prosimy o zaznaczenie właściwego pola ☐ przy każdym stwierdzeniu***)		
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak ☐ Nie ☐	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	
Tak ☐ Nie ☐	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:
(proszę zakreślić właściwe pola □)

	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), **jakie**: