

H. UZASADNIENIE WNIOSKU**1. UZASADNIENIE:**

Należy wskazać na związek udzielenia dofinansowania z możliwością realizacji celów programu (w tym jeśli dotyczy należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego.

2. Czy Wnioskodawca (lub Podopieczny - o ile dotyczy) ubiega się ponownie o wnioskowany przedmiot (lub przedmiot o podobnej funkcjonalności)?

nie tak → Proszę o uzasadnienie ponownego dofinansowania:

Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Do istotnych przesłanek należą okoliczności związane z aktywnością zawodową i nauką Wnioskodawcy.

I.(C3/4) SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA WRAZ Z ORIENTACYJNYM KOSZTEM PLANOWANYM DO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON Moduł I obszar C zadanie nr 3/4
1. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania protezy na co najmniej III poziomie jakości

Lp.	wyszczególnienie	Przewidywane koszty	
		Cena brutto	w tym ze środków PFRON
1.	<input type="checkbox"/> proteza (C3) <input type="checkbox"/> naprawa protezy (C4)		
a)	<input type="checkbox"/> proteza kończyny górnej, po amputacji: <input type="checkbox"/> proteza kończyny dolnej, po amputacji:		
	w zakresie:		
	<input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczenia w stawie barkowym	<input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczenia w stawie biodrowym	
b)	Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały): _____ _____ _____		
2.	<input type="checkbox"/> koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON		
Razem:			

2. Informacje uzupełniające:

1) Przyczyna amputacji kończyny:

-
- uraz
-
-
- inna, jaka?

 2) Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: stabilny niestabilny

c) Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:

3) Dotychczas posiadana proteza przez osobę niepełnoprawną:

-
- nie posiadam protezy
-
-
- użytkuję protezę,
-
- proszę podać od, którego roku oraz rodzaj / opis protezy:*