



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

DPR. 4141.1391 MP.2017

Warszawa, dnia 14.07.2017

P.P. Dyrektorzy

Oddziały Państwowego Funduszu

Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Szanowni Państwo

w nawiązaniu do pisma znak: WAP.DPW.4141.374.MP.2016 z dnia 18 maja 2016 roku (kopia w załączeniu) oraz w wykonaniu zalecenia Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w załączeniu przekazujemy aktualne formularze wykorzystywane w trakcie oceny wniosków o dofinansowanie w ramach Obszaru C Zadanie nr 3 i Zadanie nr 4 pilotażowego programu „Aktywny samorząd”. Zmiany dotychczas obowiązujących formularzy dotyczą wprowadzenia nomenklatury stosowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (w celu ujednolicenia klasyfikacji sprzętu ortopedycznego). Polegają na dodaniu informacji o przedmiocie dofinansowania, odwołującej się do symbolu **(grupa, pozycja)** wskazanego w załączniku do rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2013, poz. 1565). We wzorach nr: 5-8 (C3_E1, C4_E1, C3_E2, C4_E2) wprowadzono dodatkowe pole, w którym ekspert Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych powinien wpisać symbol dofinansowanej protezy/wyrobu medycznego, zgodnie z oznaczeniem wprowadzonym w załączniku do ww. rozporządzenia (kolumna pierwsza pn. „Lp”). Przykładowy wpis eksperta to: **„Grupa C poz. 14”**.

Ponadto, uwzględniona została uwaga eksperta Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o potrzebie zmiany wyrażenia „planowana proteza” w kosztorysie wykonanego zaopatrzenia, we wzorach: nr 11-12 (C3_K, C4_K).

Prosimy o powiadomienie ekspertów Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Realizatorów programu o wprowadzonych zmianach.

Dyrektor Departamentu
As. Programów
M. Izdebski

Pieczęć Oddziału PFRON:

Pieczęć Realizatora programu:

C3 – ARKUSZ OCENY EKSPERTA PFRON – BADANIE WSTĘPNE

dotyczy szans na aktywizację zawodową Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Wnioskodawca ubiega się o pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

Dowód osobisty – seria_numer

PESEL: **WNIOSKODAWCA PO AMPUTACJI KOŃCZYNY GÓRNEJ:**

- ☐ w zakresie ręki
- ☐ przedramienia
- ☐ ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

WNIOSKODAWCA PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ:

- ☐ na poziomie podudzia
- ☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
- ☐ uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym

Wykształcenie kierunkowe Wnioskodawcy:

Przebieg zatrudnienia Wnioskodawcy:

Wywiad chorobowy:

Przebieg dotychczasowego protezowania:

Badanie przedmiotowe (kliniczne):

Ocena stabilności procesu chorobowego: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny:		
Opinia w zakresie zdolności Wnioskodawcy do podjęcia/ kontynuowania pracy, po zaopatrzeniu w protezę/y na I lub II poziomie jakości:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	
Opinia w zakresie zdolności Wnioskodawcy do podjęcia/ kontynuowania pracy, po zaopatrzeniu w protezę/y na III poziomie jakości:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	
Opinia w zakresie zdolności Wnioskodawcy do podjęcia/ kontynuowania pracy, po zaopatrzeniu w protezę/y na IV poziomie jakości:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	
Proponowana proteza: (grupa, pozycja)	Proponowany poziom jakości protez/y: <input type="checkbox"/> I lub II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Uzasadnienie i/lub uwagi Eksperta PFRON:		
WSKAZANIA EKSPERTA PFRON - dotyczy sytuacji, gdy Ekspert PFRON przedstawi pozytywną opinię w zakresie zaopatrzenia Wnioskodawcy w protezę/y na III lub IV poziomie jakości		
Ograniczenia dotyczące warunków zatrudnienia i/lub czynności wykluczone do wykonywania przez Wnioskodawcę:		
Rekomendowana oferta z przedstawionych przez Wnioskodawcę: Ekspert może zaakceptować obydwie oferty lub jedną albo odrzucić obie, określając cechy i wymagania produktu odpowiedniego dla Wnioskodawcy		
Przybliżony termin drugiej wizyty:		
<u>Deklaracja bezstronności</u> Oświadczam, że: 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą, 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających podmiotów oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku Wnioskodawcy, 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności. Zobowiązuję się do: - ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, - spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, - niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, - zrezygnowania z opiniowania wniosku Wnioskodawcy w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.		Data pierwszej wizyty: pieczętka i podpis EKSPERTA PFRON

Pieczęć Oddziału PFRON:

Pieczęć Realizatora programu:

C4 – ARKUSZ OCENY EKSPERTA PFRON – BADANIE WSTĘPNE

dotyczy szans na aktywizację zawodową Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Wnioskodawca ubiega się o pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

Dowód osobisty – seria_numer

PESEL: **WNIOSKODAWCA POSIADA PROTEZĘ, PO AMPUTACJI KOŃCZYNY GÓRNEJ:**

w zakresie ręki

przedramienia

ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

WNIOSKODAWCA POSIADA PROTEZĘ, PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ:

na poziomie podudzia

na wysokości uda (także przez staw kolanowy)

uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym

Posiadana przez Wnioskodawcę proteza jest na III poziomie jakości. **tak nie**Posiadana przez Wnioskodawcę proteza jest na IV poziomie jakości. **tak nie**Posiadana przez Wnioskodawcę proteza jest na I lub II poziomie jakości. **tak nie**

Wykształcenie kierunkowe Wnioskodawcy:

Przebieg zatrudnienia Wnioskodawcy:

Wywiad chorobowy:

Historia i opis posiadanej protezy. Sprecyzowanie problemu i koniecznych napraw oraz wykaz elementów wymagających wymiany (**wywiad od pacjenta**):Posiadana proteza:
(grupa, pozycja)

Czy aktualnie posiadana proteza/y wymaga/ją usługi związanej z utrzymaniem jej/ich sprawności technicznej	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>tak</div> <div>nie</div> </div>
---	--

Badanie przedmiotowe. Opis problemu, wykaz niezbędnych do wykonania prac oraz elementów wymagających wymiany:

Proponowany do wymiany wyrób medyczny:

(grupa, pozycja)

Ocena stabilności procesu chorobowego: **stabilny** **niestabilny:**.....

Opinia w zakresie zdolności Wnioskodawcy do poszukiwania/ podjęcia/ kontynuowania pracy - dotyczy osób zaopatrzonych w protezę/y na III poziomie jakości:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>pozytywna</div> <div>negatywna</div> </div>
---	--

Opinia w zakresie zdolności Wnioskodawcy do poszukiwania/podjęcia/ kontynuowania pracy - dotyczy osób zaopatrzonych w protezę/y na IV poziomie jakości:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>pozytywna</div> <div>negatywna</div> </div>
---	--

Opinia, uzasadnienie wraz z orientacyjną oceną kosztów i/lub uwagi Eksperta PFRON:

WSKAZANIA EKSPERTA PFRON

Ograniczenia dotyczące warunków zatrudnienia i/lub czynności
wykluczone do wykonywania przez
Wnioskodawcę:

**Rekomendowana oferta z
przedstawionych przez
Wnioskodawcę:**

Ekspert może zaakceptować obydwie oferty lub jedną albo odrzucić obie, określając cechy i wymagania produktu odpowiedniego dla Wnioskodawcy

Przybliżony termin drugiej wizyty:

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających podmiotów oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku Wnioskodawcy,
 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
 - spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
 - niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
 - zrezygnowania z opiniowania wniosku Wnioskodawcy w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data badania wstępnego:

pieczętka i podpis EKSPERTA PFRON

Pieczęć Oddziału PFRON:

Pieczęć Realizatora programu:

C3 – ARKUSZ OCENY EKSPERTA PFRON – DRUGA WIZYTA

dotyczy szans na aktywizację zawodową Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

Dowód osobisty – seria_numer

PESEL: **OCENA EKSPERTA PFRON**

Funkcjonalność wykonanych protez/y w zakresie potrzeb Wnioskodawcy związanych z poszukiwaniem/podjęciem/kontynuowaniem pracy:

☐ pozytywna ☐ negatywna

Zgodność poziomu jakości wykonanej protezy (użyte rozwiązania, materiały, komponenty):

☐ pozytywna ☐ negatywna**Uzasadnienie i ewentualne uwagi/zalecenia Eksperta PFRON:**Wykonana proteza:
(grupa, pozycja)**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających podmiotów oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku Wnioskodawcy,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuje się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z opiniowania wniosku Wnioskodawcy w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data drugiej wizyty:

pieczętka i podpis EKSPERTA PFRON

Pieczęć Oddziału PFRON:

Pieczęć Realizatora programu:

C4 – ARKUSZ OCENY EKSPERTA PFRON – DRUGA WIZYTA

dotyczy szans na aktywizację zawodową Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

Dowód osobisty – seria_numer

PESEL: **OCENA EKSPERTA PFRON (druga wizyta):**

Funkcjonalność dofinansowanej protezy/y po naprawie, w zakresie potrzeb Wnioskodawcy związanych z poszukiwaniem/podjęciem/kontynuowaniem pracy:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna
Zgodność poziomu jakości dofinansowanej protezy po naprawie (użyte rozwiązania, materiały, komponenty):	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna
Sprawność techniczna dofinansowanej protezy po naprawie:	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna

Opinia dotycząca zakresu i jakości dokonanych napraw, wymiany elementów oraz ewentualne uwagi/zalecenia Eksperta PFRON:

Wymieniony wyrób medyczny:
(grupa, pozycja)**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających podmiotów oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku Wnioskodawcy,
- nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z opiniowania wniosku Wnioskodawcy w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data drugiej wizyty:

pieczętka i podpis EKSPERTA PFRON

Specyfikacja i kosztorys protezy dla beneficjenta wykonanej w ramach programu „Aktywny samorząd”

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem e’mail Oddziału PFRON:, a także na: www.pfron.org.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Poziom amputacji:

Specyfikacja zastosowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
				Suma (w zł)		

Specyfikacja elementów protezy wykonanych indywidualnie dla beneficjenta

L. p	Nazwa elementu	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
			Suma (w zł)	

Całkowita cena brutto protezy (w zł)

Specyfikacja i kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem e-mail Oddziału PFRON:, a także na: www.pfron.org.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Poziom amputacji:

Opis problemu

Co zostało zrobione:

Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

L. p	Nazwa elementu	Producent i symbol elementu	Nazwa handlowa (jeśli jest)	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
				Suma (w zł)		

Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy/prac naprawczych

L. p	Nazwa elementu / czynność naprawcza	Parametry techniczne i materiałowe	Okres gwarancji	Cena brutto
			Suma (w zł)	

Całkowita cena brutto (w zł)