Data wpływu ..... Numer wniosku.....
(wypełnia PCPR) (wypełnia PCPR)

WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
dotyczący dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

I. Dane osoby niepełnosprawnej: (*proszę wypełnić drukowanymi literami)*

Imię i nazwisko…….....

Numer identyfikacji podatkowej NIP .....PESEL .....

Adres zamieszkania (z kodem) .....

.....

Dowód osobisty seria ..... nr..... wydany przez .....

……..data wydania.....

Telefon kontaktowy .....

II. Dane opiekuna prawnego dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej:

Imię i nazwisko …….....

Adres zamieszkania (z kodem) .....

.....

III.A. Stopień niepełnosprawności[(1)]

1. znaczny / inwalidzi I grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany / inwalidzi II grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki / inwalidzi III grupy / osoby częściowo niezdolne do pracy,	
osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
4. osoby w wieku do lat 16 którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	

III.B. Rodzaj niepełnosprawności[(1)]

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk *	
2. inna dysfunkcja narządy ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

[(1)]*wstawić X we właściwej rubryce*
* *niepotrzebne skreślić*

IV. Informacja o korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona

V. Przedmiot dofinansowania:

.....

.....

VI. Przewidywany koszt realizacji zadania / szczegółowy wykaz sprzętu/:

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji wypełnia PCPR
			RAZEM:		

VII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:

cyframi:.....Słownie:.....zł

co stanowi .....% ceny brutto. (max. dofinansowanie PCPR wynosi 60% wartości wnioskowanego sprzętu)

VIII. Cel dofinansowania:
……
……
……
……

IX. Miejsce realizacji zadania:
……
…….....

X. Nazwa banku:

…….

Nr konta:……

Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art.297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.09.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271)

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

XI. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika.

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania (wraz z kodem pocztowym) .....

.. ..

Dowód osobisty: seria ..... nr .....wydany w dniu... .....

przez .....

nr PESEL ..... nr NIP.... .....

nr tel/faxu (z nr. kier.) .....

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem.....

- postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .....,sygn.akt.. .....

- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn.....repet. nr. .....

** niepotrzebne skreślić*

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub równoważnego) lub w przypadku dziecka orzeczenia o niepełnosprawności wraz z oryginałem do wglądu.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, potwierdzające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu.(zał. Nr 2)
3. oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym (zał. nr 1)
4. w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej kopia zaświadczenia lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekunem prawnym, a w przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa wraz z oryginałem do wglądu.

…….. ……
(pieczęć PCPR) (Data rozpatrzenia wniosku)

VII. Sposób rozpatrzenia wniosku:

1. W dniu …….. wniosek przez Komisję ds. opiniowania wniosków o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego został rozpatrzony pozytywnie / negatywnie.

2. Przyznano dofinansowanie w kwocie…….…….…….. zł

słownie:……..……..

3. Uzasadnienie w przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku…….…….

…….…….…….…….

…….…….…….…….

…….. ……..
(sporządził) (pieczęć i podpis Dyrektora PCPR)

(zał. nr 1)

Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie.
W celu dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON.

Ja niżej podpisany(a) .....

Adres zamieszkania .....

.....

1.Oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z osobą niepełnospr.	Dochód miesięczny [1]
Dane osoby niepełnosprawnej :			
		XXXXXXXXXXXXXXXX	
Pozostali członkowie rodziny pozostający we wspólnym gosp. domowym z osobą niepełnosprawną:			
		RAZEM	

2. Oświadczam, że w kwartale poprzedzającym miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód[2] przypadający na jedną osobę** w moim gosp. domowym wyniósł: ……..……zł słownie:.....

Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych zeznań, przewidziana w art. 233 K.k. zgodnie z którym za złożenie fałszywych zeznań grozi kara pozbawienia wolności do lat 3, jak również znana jest mi treść art. 297 K.k. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych dla realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883, z późn zm. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.		
……..…… miejscowość	…….. dnia	…… podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

[1] Jest to średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

[2] Dochód łączny ustalony w pkt.1 należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

(Zał nr 2)

Data……

……
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie dotyczące zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko ……

PESEL ……

Adres ……

Rodzaj schorzenia:……

……

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego……

……

……

Uzasadnienie celowości zakupu w/w sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego wpływ na poprawę sprawności psychofizycznej osoby niepełnosprawnej /przewidywane efekty/: ……

……

……

……

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu:……

……

……

……
Pieczątka i podpis lekarza specjalisty