

OSOBA DOROSŁA/ DZIECKO

WNIOSEK NR/20....
o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu
sprzętu rehabilitacyjnego

Wnioskodawca (W przypadku, gdy Wnioskodawcą jest dziecko należy wpisać dane dziecka)		
1	Nazwisko i imię	
2	Pesel	
3	Adres zamieszkania (ulica, kod, miejscowość)	
4	Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	
5	Telefon	
6	Niepełnosprawność: - <i>wstawić znak X (jeden) we właściwym kwadracie, zgodnie z dołączonym do wniosku orzeczeniem</i>	
	Stopień niepełnosprawności:	Grupa inwalidzka:
	<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa
	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność do 16 roku życia	
	Status niezdolności:	
		<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
		<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy
		<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy
7	Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego	
8	Koszt całkowity	
9	Kwota wnioskowana	
Wypełnia pracownik PCPR		
10	Dofinansowanie PFRON	

.....
**Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika**

Przedstawiciel ustawowy, Opiekun prawny, Pełnomocnik lub osoba do kontaktu wskazana przez Wnioskodawcę (Właściwie proszę zaznaczyć)		
1	Nazwisko i imię	
2	Pesel	
3	Adres zamieszkania (ulica, kod, miejscowość)	
4	Telefon	

.....
**Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika**

Do wniosku należy dołączyć:

- 1. Kopię** aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność;
- Zaświadczenie lekarskie wydane przez **lekarza specjalistę** o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, określające rodzaj i zakres niepełnosprawności oraz potwierdzające konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
- Fakturę pro – forma bądź kosztorys sprzętu rehabilitacyjnego;
- Dowód osobisty – do wglądu.

Dodatkowe informacje

Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych PFRON
(w ciągu 3 ostatnich lat od złożenia bieżącego wniosku)

Korzystałam/-em TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
Data przyznania dofinansowania	Przedmiot dofinansowania	Kwota	Stan rozliczenia
Uzasadnienie potrzeby dofinansowania sprzętu rehabilitacyjnego (pole obowiązkowe)			

Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Trzebnicy

Niniejszym oświadczam że :

1) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł¹

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

2) nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

3) jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR w Trzebnicy i PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu i realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu

¹ **dochód** – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952) **pomniejszony** o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów **powiększony** o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie; **przeciętny miesięczny dochód** obliczamy za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku i dzielimy przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Trzebnica, dnia

.....
/Imię i nazwisko/

.....
/ adres/
.....

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Trzebnicy**

Uprzejmie proszę o przekazanie przyznanego mi dofinansowania ze środków
PFRON do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

na konto
/imię i nazwisko właściciela konta lub nazwa firmy/

o numerze

.....
podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (właściwie zaznaczyć):

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- inna dysfunkcja narządu ruchu (wpisać jaka)

- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenie układu krążenia
- inne (wpisać jakie)

Stwierdzam konieczność zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, ze względu na zachodzącą potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu (podać nazwę zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego):

.....
.....

Uzasadnienie konieczności zaopatrzenia w w/w sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....
.....
.....
.....

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Trzebnicy w związku z ubieganiem się o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty wystawiającego zaświadczenie)