



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Data wpływu:	
Nr sprawy:	

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:		
Drugie imię:		
Nazwisko:		
Imię ojca:		
PESEL:		
Data urodzenia:		
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	
Dowód osobisty (o ile dotyczy)	Seria dowodu:	
	Numer dowodu:	
	Wydany przez:	
	Data wydania:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	

Imię ojca:		
PESEL:		
Data urodzenia:		
Płeć:		<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
Dowód osobisty	Seria dowodu:	
	Numer dowodu:	
	Wydany przez:	
	Data wydania:	

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONA/Y

Przedstawicielem ustawowym

Opiekunem prawnym:

	Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
	Z dnia:	
	Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

	Imię i nazwisko:	
	Z dnia:	
	Repetitorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> Inna dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu i mowy <input type="checkbox"/> Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia <input type="checkbox"/> Inny / jaki?
--

IV. SYTUACJA ZAWODOWA

<input type="checkbox"/> Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca <input type="checkbox"/> Bezrobotny poszukujący pracy <input type="checkbox"/> Rencista poszukujący pracy <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do lat 18 <input type="checkbox"/> Inne / jakie?

V. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

<input type="checkbox"/> samotnie <input type="checkbox"/> z rodziną <input type="checkbox"/> z osobami niespokrewnionymi

VI. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW NETTO

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto).

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Dochód miesięczny netto

--	--	--	--

VII. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków finansowych PFRON:

nie korzystałem
 korzystałem

VIII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):

Słownie:

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

Słownie:

co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:

Deklarowane środki własne:

Miejsce realizacji:

II. UZASADNIENIE

Uzasadnienie:

II. UZASADNIENIE

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

DANE RACHUNKU BANKOWEGO

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Numer rachunku bankowego:

Nazwa banku:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi: zł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

1. Rozpatrzenie wniosku następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Uchwały Zarządu określającej regulamin przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, rehabilitacyjny oraz środki pomocnicze.
2. Realizacja złożonych wniosków nastąpi z chwilą otrzymania środków finansowych przez tut. Ośrodek na realizację powyższego zadania.
3. Dofinansowanie będzie przyznawane przez PCPR do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu konińskiego i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w formie pisemnej
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych Dz.U. 2019 poz. 1781 z 30.08.2019.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania.
7. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. nr 88 poz. 553 z późniejszymi zmianami).

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez specjalistę.
3. Zaświadczenie o zatrudnieniu, lub prowadzeniu działalności gospodarczej.
4. Oferta cenowa dotycząca wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego lub faktura proforma.
5. Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
6. W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 18-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelnii o kontynuowaniu nauki.

.....
(pieczęć zakładu)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

1. 1.WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej oraz inne współistniejące choroby, a także schorzenia wynikające z rodzaju niepełnosprawności

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

3. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego?

TAK

NIE

4. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny (podać nazwę)

5. Uzasadnienie potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu oraz rokowania na przyszłość, w tym przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności

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

.....
Pieczęć imienna i podpis lekarza
specjalisty wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia