|  |
| --- |
| Nr sprawy |

# wypełnia PCPR

|  |  |
| --- | --- |
| W N I O S E K O D O F I N A N S O W A N I E  zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny  dla osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON | *pieczątka wpływu wniosku* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wnioskodawca składa wniosek:**  □ we własnym imieniu □ jako rodzic  □ jako opiekun prawny □ na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Dane osobowe wnioskodawcy** *(osoby z niepełnosprawnością)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu | | | |  | | | | | | | | | | | | Adres e-mail | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **2. Dane osobowe osoby reprezentującej Wnioskodawcę**  *(dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo notarialne)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba reprezentująca | | | | | | | Przedstawiciel ustawowy Opiekun prawny Pełnomocnik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ustanowiona/ny opiekunem prawnym / pełnomocnikiem  Postanowieniem Sądu w ……………………………………………… z dnia …………………………………… sygn. akt …………………………………  na mocy pełnomocnictwa z dnia …………………………………… potwierdzonego przez …………………………………….……………………  repert. NR …………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Przedmiot dofinansowania** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód *(netto)* w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,  wyniósł ....................................................................złotych.  Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi …………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Forma przekazania przyznanego dofinansowania** *(wstawić X w odpowiednim miejscu****)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer rachunku bankowego | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| Nazwa banku | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Właściciel konta  (imię i nazwisko) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca realizacji zadania | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie wniosku | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Przewidywany koszt realizacji zadania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ogólna wartość sprzętu rehabilitacyjnego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | zł | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON  *(maksymalnie 80%, nie więcej niż 4 000,00 zł)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | zł | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Oświadczenia wnioskodawcy lub osoby upoważnionej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.  Oświadczam, że posiadam środki własne w wysokości 20% kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.  Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.  Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Korzystanie ze środków PFRON** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że □ korzystałem/am □ nie korzystałem/am ze środków PFRON *(wstawić X w odpowiednim miejscu)*  Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów.  Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer umowy | Cel  *(nazwa instytucji, programu i/lub zadania oraz przedmiot dofinansowania)* | | | | | | | | | | | | | Data przyznania dofinansowania | | | | | | | | | Przyznana kwota | | | | | | | Stan rozliczenia | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| **10. Załączniki** *(wstawić X w odpowiednim miejscu)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego *(oryginał do wglądu)*  □ zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty *(druk będący załącznikiem do wniosku)*  □ oferta handlowa zakupu sprzętu rehabilitacyjnego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11. Informacja i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Składając wniosek należy okazać dokument potwierdzający tożsamość osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku.  Jeśli wniosek składa opiekun prawny lub pełnomocnik należy okazać dokument potwierdzający upoważnienie do reprezentowania wnioskodawcy.  Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem dotyczącym dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny znajduje się na stronie internetowej: www.pcprsiemiatycze.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach.  Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach przy ulicy  Legionów Piłsudskiego 3.  Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: **kontakt@pcprsiemiatycze.pl**  lub telefon:  85 730 05 07. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………  *data wypełnienia wniosku* | | | | | | | | | | | | | | ..............................................................................  *czytelny podpis wnioskodawcy,*  *przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

*pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ ZE ŚRODKÓW PFRON

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko ……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………  PESEL albo numer dowodu tożsamości ………………………….………………………………………………………………..…………………  Adres zamieszkania ……………………………………………………………….….……………………………………………………………………………  **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**\*  □ dysfunkcja narządu ruchu □ dysfunkcja narządu słuchu  □ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim □ upośledzenie umysłowe  □ dysfunkcja narządu wzroku □ padaczka  □ choroba psychiczna □ inne *jakie?* …..………………………………….……  □ schorzenia układu krążenia …………………………..……………………………………...  **Konieczność rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego**  □ Nie  **□** Tak, uzasadnienie …………..………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Zalecany sprzęt rehabilitacyjny do potrzeb rehabilitacji w domu wynikający z niepełnosprawności**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  ……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….  \**wstawić X w odpowiednim miejscu*  **.............................................................. ...........................................................................**  **data wystawienia pieczątka i podpis lekarza specjalisty** |