|  |
| --- |
| 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** |