

Nr sprawy:

wypełnia PCPR

WNIOSK

o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON

pieczętka wpływu wniosku

CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

1. Nazwisko	2. Imię	3. Numer PESEL
4. Seria i numer dowodu osobistego	5. Organ wydający dowód osobisty	
6. Data wydania dowodu osobistego	7. Data urodzenia	8. Nr telefonu
9. Adres zamieszkania		
10. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA (dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza)

11. Osoba reprezentująca wnioskodawcę* Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/>		
12. Nazwisko	13. Imię	14. Numer PESEL
15. Seria i numer dowodu osobistego	16. Organ wydający dowód osobisty	17. Data wydania dowodu osobistego
18. Adres zamieszkania		
Nr telefonu:		
19. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		
20. Ustanowiona/y opiekunem / pełnomocnikiem* <input type="checkbox"/> Postanowieniem Sądu w z dnia sygn. akt <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa z dnia potwierdzonego przez repert. NR		

I. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znaczny	umiarkowany	lekki	osoby niepełnosprawne do lat 16

II. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić X w odpowiednim miejscu)

dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	<input type="checkbox"/>
inna dysfunkcja narządów ruchu	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządów wzroku	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	<input type="checkbox"/>
deficyt rozwojowy	<input type="checkbox"/>
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>

III. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/> zatrudniony / <input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą*	<input type="checkbox"/>
młodzież od lat 16 do 24, ucząca się i nie pracująca	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy / <input type="checkbox"/> rencista poszukujący pracy*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rencista / <input type="checkbox"/> emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/>
dzieci i młodzież do lat 16	<input type="checkbox"/>

IV. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

lp	nazwisko i imię	dochód netto	źródło dochodu
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Razem			xxx

Niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

wynosi złotych.

CZĘŚĆ B: DANE I INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

I. CEL I UZASADNIENIE POTRZEBY ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

II. INFORMACJA O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

1. Zakres rzeczowy zadania, wykaz planowanych zakupów
2. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania (należy określić w miesiącach)
3. Miejsce realizacji zadania (należy podać adres)
4. Koszt realizacji dofinansowaniazł; słownie
5. Wnioskowana kwota dofinansowania z środków PFRON –maksymalnie (80%)zł; słownie

VI. SPOSÓB PRZEKAZANIA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA

Na rachunek bankowy: sprzedawcy / wnioskodawcy*

posiadacz rachunku	
nazwa banku	
numer rachunku	

CZĘŚĆ C: INFORMACJE KOŃCOWE

1. Oświadczam, że **korzystałem(am)** / **nie korzystałem(am)*** ze środków PFRON.

Jeżeli TAK proszę o wypełnienie poniższej tabeli

nr i data zawarcia umowy	kwota przyznana	cel przyznania	stan rozliczenia

2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem PFRON i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.

3. Oświadczam, że **posiadam środki własne** w wysokości **20%** kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

4. Oświadczam, że **posiadam** / **nie posiadam*** **środki finansowe z innych źródeł** na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w wysokości zł.
5. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu **nie obejmuje** kosztów zakupu związanych z realizacją zadania **poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu**.

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 zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Siemiatyczach, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku O ochronie danych osobowych.

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

nazwa załącznika	załączono do wniosku (podać liczbę załączników)
kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednika wnioskodawcy	
aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o konieczności korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego wystawione przez lekarza specjalistę	
oferta handlowa zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	

* **właściwie zaznaczyć**

.....
czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

- Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku.
 Poinformowałem o niekompletności dokumentów we wniosku.

.....
pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR, data

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb PCPR
w celu zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków PFRON

Imię nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej.

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

2. Czy istnieje konieczność rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego?

tak / nie *skreślić niepotrzebne*

3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny do potrzeb rehabilitacji w domu wynikający z niepełnosprawności.

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

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie