

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w **sprzęt rehabilitacyjny** dla osoby niepełnosprawnej

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy)

Nazwisko..... Imię PESEL
Dowód osobisty nr wydany w dniur. przezważny dor.
Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej:
Kod Poczta Miejscowość.....
Ulica Nr domu Nr lokalu
Nr telefonu kontaktowego
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego) / opiekuna prawnego / pełnomocnika

[] nie dotyczy, [] przedstawiciel ustawowy, [] opiekun prawny, [] pełnomocnik *
Nazwisko..... Imię PESEL
Dowód osobisty nr wydany w dniur. przezważny dor.
Adres zamieszkania:
Kod Poczta Miejscowość.....
Ulica Nr domu Nr lokalu
Nr telefonu kontaktowego
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku

* właściwe zaznaczyć

3. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności*

<input type="checkbox"/> stopień znaczny	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r.
<input type="checkbox"/> stopień umiarkowany	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka	-
<input type="checkbox"/> stopień lekki	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r.
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (dla dzieci do 16 roku życia)			

* właściwe zaznaczyć

4. Rodzaj niepełnosprawności*

<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu, w zakresie:	<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	
	<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej	
	<input type="checkbox"/> innym (wymienić).....		
Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna) porusza się:	za pomocą: <input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> kuli/kul łokciowych <input type="checkbox"/> balkonika/podpórki <input type="checkbox"/> inne (wymienić).....		
	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> osoba leżąca		
Inny rodzaj niepełnosprawności*			
<input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe (01-U)	<input type="checkbox"/> choroby psychiczne (02-P)	<input type="checkbox"/> zaburzenie głosu, mowy i choroby słuchu (03-L)	<input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku (04-O)
<input type="checkbox"/> epilepsja (06-E)	<input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia (07-S)		<input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego (08-T)
<input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego (09-M)	<input type="checkbox"/> inne (11-I)	<input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C)	

* właściwe zaznaczyć

5. Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł (miesięcznie na 1 osobę)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (podać liczbę osób)

6. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON

Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON* <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jeżeli tak to proszę podać rodzaj i wysokość zaległości zł
Czy Wnioskodawca był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy* <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

* właściwe zaznaczyć

7. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*			[]tak	[]nie
			(Jeżeli tak to należy wypełnić poniżej)	
Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia (kwota rozliczona)
Razem kwota:		Razem kwota rozliczona:		

* właściwe zaznaczyć

8. Przedmiot dofinansowania (nazwa sprzętu rehabilitacyjnego, przy użyciu którego zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych)

<p>.....</p> <p>.....</p>

9. Przewidywalny koszt realizacji zadania

1. Przewidywalny koszt realizacji zadania (100% ceny brutto) zł
2. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia) zł
3. Deklarowane środki własne (minimum 20%)zł

10. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)

<p>.....</p>

11. Cel dofinansowania (uzasadnienia składanego wniosku w odniesieniu do niepełnosprawności)

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

UWAGA

- 1) Złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
- 2) Podstawę dofinansowania zadań ze środków Funduszu stanowi umowa.
- 3) Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
- 4) We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

Oświadczenie:

- 1) Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zakresie: - *numer/y telefonu*.
- 3) Oświadczam, że zapoznałam/em się z *KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią* i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.
- 4) Zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.

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

Dokumenty wymagane do wniosku

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

Lp.	Do wniosku należy dołączyć:	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku	Uzupełniono	uwagi
1.	Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r. - należy przedłożyć oryginał dokumentu (do wglądu) lub prawidłowo uwierzytelnioną przez organ uprawniony kopię dokumentu	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	
2	Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza specjalistę – załącznik nr 1 do wniosku	Tak [] Nie []	Tak [] Nie []	

.....
data i podpis pracownika PCPR w Nakle nad Notecią

.....
oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią

UWAGA Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista w związku z rodzajem niepełnosprawności osoby,
której wniosek dotyczy.

Należy wypełnić wszystkie punkty czytelnie w języku polskim.

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

2. Rodzaj niepełnosprawności

3. Nazwa zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego

.....

4. Uzasadnienie konieczności stosowania sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych.

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)