

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

1. Wniosek dotyczy:

niepełnosprawnej osoby dorosłej niepełnosprawnego dziecka **2. Wnioskodawca:**

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....  
 Numer i seria dowodu osobistego.....wydany w dniu.....  
 przez.....  
 nr PESEL..... NIP.....  
 miejscowość.....ulica.....  
 nr domu.....kod pocztowy.....powiat.....  
 tel.....

**3. Informacje o wnioskodawcy**

<b>1. znaczny stopień niepełnosprawności</b>	
a. inwalidzi I grupy	
b. osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
c. osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
d. osoby w wieku do lat 16 ( w przypadku pobierania nauki w szkole do lat 24 ), które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
<b>2. umiarkowany stopień niepełnosprawności</b>	
a. inwalidzi II grupy	
b. osoby całkowicie niezdolne do pracy	
<b>3. lekki stopień niepełnosprawności</b>	
a. inwalidzi III grupy	
b. osoby częściowo niezdolne do pracy	

**4. Rodzaj niepełnosprawności**

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku / słuchu	
4. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	



**6. Koszt zadania**

1. Przewidywany koszt ogółem: 100%	zł
2. Deklarowane środki własne (min. 20%)	zł
3. Inne źródła finansowania, w tym:	
a)	
b)	
c)	
Wnioskowana kwota ze środków PFRON (do 80%)	
Wnioskowana kwota słownie	.....zł

**7. Sytuacja zawodowa (1)**

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2. młodzież w wieku od 18 do 24 ucząca się w systemie szkolnym	
3. bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy	
4. rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
Dzieci i młodzież do lat 18	

(1) proszę wstawić X w odpowiedniej rubryce

**8. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON**

Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia
<b>Razem:</b>			<b>Kwota rozliczona:</b>	
<b>W tym na rzecz:</b> .....				
.....				
.....				

---

( podpis wnioskodawcy )

**Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy ), Opiekun Prawny lub Pełnomocnik**

Imię i nazwisko.....

imię ojca..... numer PESEL.....

numer i seria dowodu..... wydany przez.....

nr NIP ..... miejscowość.....

ulica..... nr domu.....

nr lokalu..... nr kodu..... poczta.....

powiat..... nr telefonu.....

**ustanowiony Opiekun/Pełnomocnik** .....

1. postanowieniem Sądu Rejonowego.....z dnia.....

sygn. akt.....

2. na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....

.....  
z dnia..... repet. nr .....

*Upředzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się pisemnie informować w ciągu 14 dni*

.....  
podpis Przedstawiciela ustawowego



## Oświadczenie

Oświadczam, że posiadam środki finansowe w wysokości.....zł

słownie.....

.....  
na zakup sprzętu rehabilitacyjnego zgodnie ze złożonym wnioskiem

.....  
podpis wnioskodawcy

## Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych

( art. 233 KK § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.) oświadczam, że:

- nie korzystałam/em z dofinansowania ze środków PFRON do zadania ujętego we wniosku w ramach innych programów,
- nie posiadam zaległości wobec PFRON
- w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie

.....  
podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000).

.....  
podpis wnioskodawcy

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego( o ile dotyczy):

.....

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

Przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Piastowskiej 33a w Nysie, w celach związanych z realizacją wniosku dotyczącego dofinansowania ze środków PFRON zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady 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 ustawą o ochronie danych osobowych.

Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach , gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru telefonu jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

.....

podpis wnioskodawcy

**9. 1 Załączniki wymagane do wniosku na zakup sprzętu rehabilitacyjnego**

<b>Nazwa załącznika</b>	<b>Załączono do wniosku tak/nie</b>	<b>Uzupełniono tak/nie</b>	<b>Data uzupełnienia</b>
1.Potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności			
2.Oświadczenie o dochodach			
3.Kosztorys szczegółowy lub oferty producentów, dostawców			
4.Oświadczenie, że wnioskodawca posiada środki własne na realizację zadania			
5. Preliminarz sprzętu			
6. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania			
7. Zaświadczenie lekarskie o konieczności używania danego sprzętu rehabilitacyjnego			

.....  
podpis pracownika PCPR



.....,dnia.....

imię, nazwisko

.....

adres

.....

.....

## OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych ( art. 233 KK § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.) oświadczam, że przeciętny **miesięczny** dochód w rodzinie, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

**wynosił.....zł\* , słownie.....**

.....

Ilość osób w rodzinie.....

.....

podpis wnioskodawcy

....., dnia.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb PCPR  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

**Imię i nazwisko pacjenta** .....

Data urodzenia .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....
2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności .....
3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące .....
4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny .....

**UZASADNIENIE**

**Pacjent wymaga sprzętu rehabilitacyjnego (jakiego) i zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu**

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

Sprzęt ten jest niezbędny w celu rehabilitacyjnym.

.....  
pieczętka i podpis lekarza