

RON.....2020.PŚ
znak sprawy

.....
Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

W N I O S E K

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

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.
W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej
rubryce wpisać „W załączeniu załącznik nr ...”

A. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. Dane osoby niepełnosprawnej /dziecka/ ubiegającej się o dofinansowanie

..... syn/córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
(dokładny adres zamieszkania)

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel. (z nr kier.).....

nazwa banku..... nr konta bankowego

2. Przedstawiciel ustawowy/dla małoletniego Wnioskodawcy/opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

nr PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
(dokładny adres)

nr kodu-..... poczta powiat

województwo nr tel./faxu (z nr. kier.).....

ustanowiony opiekunem /pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/na mocy pełnomocnika
potwierdzonego przez Notariusza z dn.
repet. nr).

*niepotrzebne skreślić

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

1. znaczny / inwalidzi I grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji/	
2. umiarkowany / inwalidzi II grupy/ osoby całkowicie niezdolne do pracy/	
3. lekki / inwalidzi III grupy/ osoby częściowo niezdolne do pracy/	
4. osoby w wieku do lat 16 z orzeczoną stopniem niepełnosprawności	
5. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998r.	

4. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

5. CZY WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (ostatnie 3 lata od daty złożenia wniosku)

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON			Tak	Nie
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Źródło: PFRON, Samorząd Powiatowy
Razem		Razem kwota rozliczeniowa:		

B. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

1. Szczegółowy preliminarz wnioskowanego sprzętu

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość ogółem
RAZEM:					

.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres)

OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana(y),
oświadczam, że:

- gospodarstwo domowe **prowadzę samotnie**,
 - gospodarstwo domowe **prowadzę wspólnie** - wraz ze mną pozostaje osób,
 - 1. **przeciętny miesięczny dochód** rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający złożenie wniosku wynosił: **zł (słownie:**),
 - 2. w związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania do zakupu wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **posiadam** obowiązkowe **środki finansowe** na pokrycie różnicy wynikającej z całkowitego kosztu sprzętu, a ewentualnym dofinansowaniem z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku,
 - 3. **nie posiadam wymagalnych zobowiązań** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązaną z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy, oraz **nie jestem** płatnikiem podatku VAT,
 - 4. uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1 i 2, ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2019r., poz. 1950 z późn. zm.) dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymaganych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,
 - 5. **o zmianach** zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu **14 dni od ich wystąpienia**,
 - 6. **wyrażam zgodę na** przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:
 - numer telefonu,
 - zaświadczenia lekarskiego
- przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny,
- 7. podaję dane osobowe dobrowolnie i są one zgodne z prawdą,
 - 8. zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

Informujemy, że powyższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy,
Przedstawiciela Ustawowego, Pełnomocnika)

Sprzęt rehabilitacyjny – oznacza to sprzęt wspomagający proces rehabilitacji lub sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu (należy rozumieć jako przedmiot oraz urządzenia służące do czynnej rehabilitacji). Jest to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mający za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

I. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji (na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy):

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

II. Cel zakupu zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego (uzasadnienie konieczności stosowania rehabilitacji w warunkach domowych):

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

III. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny niezbędny do stosowania w warunkach domowych (wymienić):

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

ZALACZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO:

1. Kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność /oryginał do wglądu/.
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i wskazanie że **zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego.**
3. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wraz z:
 - uwzględnieniem ceny netto i brutto,
 - adresem sklepu, w którym zakupiony będzie sprzęt oraz nr konta bankowego sklepu.
4. Oświadczenie o wysokości dochodów (dokumenty potwierdzające osiągnięte dochody do wglądu z kwartału poprzedzającego złożenie wniosku).