

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

CZĘŚĆ A- DANE WNIOSKODAWCY

(opiekun prawny, opiekun ustawowy, pełnomocnik osoby niepełnosprawnej)

DANE PERSONALNE

Imię (imiona) i nazwisko	
Pesel	
Data urodzenia	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

ADRES KORESPONDENCYJNY

(Wypełnić tylko w przypadku, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię (imiona) i nazwisko	
Pesel	
Data urodzenia	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY BĄDŹ PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> Bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

(średnia za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, podzielona przez ilość osób w gospodarstwie domowym)

Rodzaj gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/> wspólne <input type="checkbox"/> indywidualne
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym	

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON:

- Tak
 Nie

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

CZĘŚĆ B- PRZEDMIOT WNIOSKU**I**

Przedmiot wniosku	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%)	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%	
Wnioskowany procent dofinansowania	
Miejsce realizacji	

II

Przedmiot wniosku	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%)	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%	
Wnioskowany procent dofinansowania	
Miejsce realizacji	

III

Przedmiot wniosku	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%)	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%	
Wnioskowany procent dofinansowania	
Miejsce realizacji	

PODSUMOWANIE

Przewidywany koszt	
Razem kwota wnioskowana	
Uzasadnienie	

SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY BĄDŹ PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą.
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca.
- Bezrobotny poszukujący pracy.
- Rencista poszukujący pracy.
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy.
- Dzieci i młodzież do lat 18.
- Inne / jakie?.....

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi.

Właściciel konta	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego	

CZEŚĆ C-OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- ✓ w przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania,
- ✓ 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 rozwiązywanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy,
- ✓ uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1, ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks karny dane zawarte we wniosku oraz w załączonych wymaganych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym,
- ✓ o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku w ciągu 14 dni od ich wystąpienia.

..... Data wpływu kompletnego wniosku
..... Pieczętka i podpis pracownika

.....
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
2.	aktualne zaświadczenie <u>lekarza specjalisty</u> zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i wskazanie że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego , (druk zaświadczenia załączony do wniosku)
4.	Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wraz z: - uwzględnieniem ceny netto i brutto, - adresem sklepu, w którym zakupiony będzie sprzęt oraz nr konta bankowego sklepu.
5.	dokumenty potwierdzające osiągnięte dochody z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku (do wglądu).

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.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku

Imię (imiona) i nazwisko	
Pesel	
Data urodzenia	

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

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

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

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

- 3. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny niezbędny do stosowania w warunkach domowych (wymienić):**

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

.....
Pieczęć i podpis lekarza