

Data wpływu wniosku
--

Numer wniosku

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

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania (miejsce pobytu osoby bezdomnej) Miejscowość: ul.nr domunr lokalu..... Nr kodu- Poczta Gmina
3. PESEL (w przypadku nadania)
4. Dowód osobisty: Seria..... Nr wydany w dniu przez
5. Telefon: stacjonarny.....komórkowy.....
6. E-mail
7. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik: Imię i nazwisko: Adres zamieszkania (miejsce pobytu osoby bezdomnej) Miejscowość:ul.nr domu.....nr lokalu..... Nr kodu.....-.....Poczta Gmina PESEL: Dowód osobisty: SeriaNrwydany w dniu przez Telefon: stacjonarnykomórkowy E-mail Postanowienie Sądu wz dniasygn. akt.....

II. Posiadane orzeczenie*

Komisja Lekarska ds. inwalidztwa i zatrudnienia ZUS (orzeczenie wydane przed 01.09.1997r.) lub orzeczenie MON i MSWiA (wydane przed 01.01.1998r.)	I grupa	
	II grupa	
	III grupa	
Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS	Całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji	
	Całkowicie niezdolny do pracy	
	Częściowo niezdolny do pracy	
Orzeczenie o ustaleniu stopnia niepełnosprawności	Znaczny stopień niepełnosprawności	
	Umiarkowany stopień niepełnosprawności	
	Lekki stopień niepełnosprawności	
	Orzeczenie o niepełnosprawności dla dzieci do 16 roku życia	
Komisja lekarska KRUS (orzeczenie wydane przed 01.01.1998r.)	Orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym oraz uprawnienie do zasiłku pielęgnacyjnego	
	Orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (bez uprawnienia do zasiłku pielęgnacyjnego)	

III. Rodzaj niepełnosprawności*

1. Dysfunkcja narządów ruchu	
2. Dysfunkcja narządów wzroku	
3. Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
4. Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

1.1. Nie korzystałem	
1.2 Korzystałem	
a) przedmiot dofinansowania	
b) data dofinansowania	
c) kwota dofinansowania	

*właściwie zaznaczyć

V. Sytuacja rodzinna (osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą)

Imię i nazwisko - pokrewieństwo	Dochód netto zł

Średni dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnych, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł:..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym

.....
(data i podpis Wnioskodawcy/ opiekuna prawnego)

VI. Przedmiot dofinansowania

Rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego i jego przeznaczenie	
Przewidywany całkowity koszt zakupu	

Dofinansowanie nie obejmuje kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. Wnioski rozpatrywane będą po otrzymaniu środków finansowych aż do momentu wyczerpania się limitu na dany rok kalendarzowy. Dofinansowanie nie przysługuje, jeżeli Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON lub był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

Pouczenie o odpowiedzialności karnej

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

.....
(data i podpis Wnioskodawcy/ opiekuna prawnego)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)
2. Faktura pro forma lub oferta cena na sprzęt rehabilitacyjny
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu) i że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu
4. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Informacje dla Wnioskodawcy:

1. Dofinansowanie zadania polega na udzieleniu wsparcia do 80 % wartości sprzętu (nie więcej jednak niż do wysokości 5- krotnego przeciętnego wynagrodzenia) mającego za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.
2. Dofinansowanie przysługuje osobie, która posiada dochód na osobę w rodzinie nie przekraczający 50 % przeciętnego wynagrodzenia, a w stosunku do osób prowadzących jednoosobowe gospodarstwo domowe 65 % przeciętnego wynagrodzenia.
3. PCPR w Pleszewie powiadamia Wnioskodawcę o przyznaniu lub odmowie dofinansowania w formie pisemnej.
4. Po przyznaniu dofinansowania zostaje podpisana umowa pomiędzy PCPR a Wnioskodawcą.
5. Przed zawarciem umowy nie należy dokonywać zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Wypełnia PCPR

Weryfikacja wniosku: pozytywna negatywna
Przyznano/ nie przyznano dofinansowanie na zakup sprzętu rehabilitacyjnego:
Kwota dofinansowania: słownie:

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczeń i podpis Dyrektora PCPR