**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

**WNIOSEK**

 **o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**

**Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

# Część A – DANE WNIOSKODAWCY

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć** |  mężczyzna  kobieta |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto
* wieś
 |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

 Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **DAN** | **E PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** |  mężczyzna  kobieta |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | * miasto
* wieś
 |

|  |
| --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * tak
* nie
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny
* Umiarkowany
* Lekki
* Nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia:
 |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa
* II grupa
* III grupa
* nie dotyczy
 |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
* Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
* Osoby całkowicie niezdolne do pracy
* Osoby częściowo niezdolne do pracy
* Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
* Nie dotyczy
 |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * 01-U – upośledzenie umysłowe
* 02-P – choroby psychiczne
* 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
* osoba głucha
* osoba głuchoniema
* 04-O – narząd wzroku
* osoba niewidoma
* osoba głuchoniewidoma
* 05-R – narząd ruchu
* wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
* dysfunkcja obu kończyn górnych
* 06-E – epilepsja
* 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
* 08-T – choroby układu pokarmowego
* 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
* 10-N – choroby neurologiczne
* 11-I – inne
* 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
 |
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | * tak
* nie
 |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | * 2 przyczyny
* 3 przyczyny
 |

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

 indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

* nie korzystałem
* korzystałem

|  |
| --- |
| **CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON** |
| **Cel dofinansowania** | **Nr umowy** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota****dofinansowania** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

## I. PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot**  |  |
| **Nazwa pola** |  | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:** |  |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |  |
| **Miejsce realizacji:** |  |  |
| **Cel dofinansowania:** |  |  |
| **PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przewidywany koszt:** |  |
| **Kwota wnioskowana:** |  |
| **Uzasadnienie:** |  |

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

* W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## SYTUACJA ZAWODOWA

* 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?

# Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |
| **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE** |
| **Lista** |
|  |

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW:**

**1. Dokument stwierdzający niepełnosprawność.**

**2. Faktura pro forma lub oferta cenowa 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**