Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie

Numer wniosku …………...........................

 ...... ..... 2018r. (data wpływu wniosku )

# ***Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny osób niepełnosprawnych***

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE** **WNIOSKODAWCY**Imię ..........................................................................Nazwisko .................................................................Data urodzenia ....... ........ 19 ......... r.Dowód osobisty seria ….............. nr ....................... wydany przez ……………………………………... w dniu …... ….. ……… r.Numer Pesel ……………………………………..  | **ADRES ZAMIESZKANIA**Kod pocztowy .......- .........Miejscowość ........................................................Ulica ...................................................................Nr domu ........................ Nr m. ..........................Powiat .................................................................Województwo .....................................................Telefon stacjonarny/komórkowy ………..……… |
| **DANE PERSONALNE OPIEKUNA**Imię ..........................................................................Nazwisko .................................................................Data urodzenia ....... ........ 19 ......... r.Dowód osobisty seria ….............. nr ....................... wydany przez ……………………………………... w dniu …... ….. ……… r.Numer Pesel …………………………………….. |  **ADRES ZAMIESZKANIA OPIEKUNA**Kod pocztowy .......- .........Miejscowość ........................................................Ulica ...................................................................Nr domu ........................ Nr m. ..........................Powiat .................................................................Województwo .....................................................Telefon stacjonarny/komórkowy ………..……… |

|  |
| --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
|  Znaczny stopień niepełnosprawności .................  Umiarkowany stopień niepełnosprawności ............ Lekki stopień niepełnosprawności ............. |
|  Całkowita niezdolność do pracy ............. Niezdolność do samodzielnej egzystencji ............... Częściowa niezdolność do pracy ............. |
|  I grupa inwalidzka ............... II grupa inwalidzka ............... III grupa inwalidzka ............... stała .......... okresowa .......... |

**Rodzaj niepełnosprawności\***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub ręki |  |
| 2. Inna dysfunkcja narządów ruchu |  |
| 3. Dysfunkcja narządów wzroku |  |
| 4. Dysfunkcja narządów słuchu i mowy |  |
| 5. Deficyt rozwojowy /upośledzenie umysłowe/ |  |
| 6. Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko - pokrewieństwo | Dochód |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Dochód:**

**Oświadczam, iż przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony**

**za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku nie przekracza kwoty ………………………. zł . Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym …………….. .**

\*proszę wstawić X we właściwej rubryce

**Sytuacja zawodowa\***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Zatrudniony\*/prowadzący działalność gospodarczą\* |  |
| 2. Młodzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca\*  |  |
| 3. Bezrobotny poszukujący pracy\*/rencista poszukujący pracy\* |  |
| 4. Rencista\*/emeryt \* nie zainteresowany podjęciem pracy |  |
| 5. Dzieci i młodzież do lat 18 |  |

.

**Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych\***

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1. Nie korzystałem |  |
| 1.2 Korzystałam ( w tym ze środków WOZiRON) |  |
| a) przedmiot dofinansowania |  |
| b) data dofinansowania |  |
| c) kwota dofinansowania |  |

**Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczony na ten sam cel**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. .

Uprzedzona/y on odpowiedzialności wynikającej z art. 233 K.K oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych przez PFRON, koniecznych do realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1996 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 13 poz. 883).

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.

 …………………………………………………

 (podpis Wnioskodawcy)

\*proszę wstawić X we właściwej rubryce

**Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny**

 **lub pełnomocnik**

……………………………………………………… syn/ córka ……………………………….…

 Imię (imiona) i nazwisko imię ojca

Legitymująca się dowodem osobistym seria ……………. nr …………………………………..…

wydany w dniu ………………… przez ……………………………………………………….…..

 nr PESEL ………………………………………….. nr NIP ………………………………….….

Zamieszkała/y w …………………………….. ulica …………………………….. nr domu ….…

 nr lokalu ……… kod pocztowy …….-………. poczta ………………….. powiat ………………

województwo …………………………… nr tel./fax ( z nr kier.) ……………………………..….

ustanowiony opiekunem\*/pełnomocnikiem\* ……………………………………………………...

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn …………………. sygn. akt. ……………………….….

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ………………………………..……

z dn. ………………. repet nr ……………..)

 ……………………………..…………….

 Podpis przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika

**Załączniki do wniosku:**

1. Potwierdzona kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o którym mowa w art.1 lub art. 62, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 23

 Poz 776 z późn. zm.) kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanych przed 1 stycznia 1998 r.

2. Opinię lekarza specjalisty co do stanu zdrowia z uzasadnieniem potrzeby zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

3. Udokumentowanie wykazanych dochodów wnioskodawcy jak i osób we wspólnym gospodarstwie domowym odpowiednio: zaświadczeniem o zarobkach z zakładu pracy, odcinkiem renty, emerytury, zaświadczeniem z Urzędu Gminy o dochodowości w przypadku posiadania gospodarstwa rolnego, zaświadczeniem z PUP w przypadku osób bezrobotnych, w przypadku pobierania świadczeń z GOPS kserokopie Decyzji, uzyskiwania świadczenia alimentacyjne itp.

4. Dokument ustanawiający opiekuna prawnego ( dotyczy osób ubezwłasnowolnionych).

5. Oferta cenowa dotyczy sprzętu rehabilitacyjnego.

\*niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
| **Przedmiot dofinansowania** |
| Opis .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. . |
| Cena przedmiotu ...................... zł. |
| Udział PCPR ..................... zł. |
| Kwota udziału wnioskodawcy w cenie zakupu ......................... zł. |
| Nazwa banku i numer konta bankowego, na które ma zostać przekazane dofinansowanieNazwa banku ...................................................................................................................................Nr konta ...........................................................................................................................................  |
| **DECYZJA PCPR** |
| Weryfikacja wniosku pozytywna ............ negatywna ............. |
| PCPR /nie/ przyznaje dofinansowanie/a/ na zakup przedmiotu ortopedycznego ........................................................................................................................................................na podstawie rachunku nr ................................... z dnia ........... ........... 2018r.**według załącznika Nr 1** |
| Kwota dofinansowania ............................. zł. |

.................. dnia ....... ....... 2018r. ............................................................

 (Podpis dyrektora PCPR)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie

zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………… .

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Pleszewie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926.).

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego ( Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zmianami) oświadczam, że podane we wniosku oraz w załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

Zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu sprzętu, a kwotą dofinansowania przyznaną ze środków PFRON, pomniejszoną o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

Oświadczam, iż zapoznałem(am) poinformowany(a), że dofinansowanie ze środków PFRON nie obejmuje kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, związanym z realizacją zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

………………………… …………………………………

 (miejscowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)