

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 dofinansowanie Nazwa 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)

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)