|  |
| --- |
| 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 domu …….nr 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: Seria …………..Nr ………….wydany w dniu ………………………………….  przez ………………………………………………………………………………………………...  Telefon: stacjonarny …………………………komórkowy ………………………………………..  E-mail ……………………………………………………………………………………………….  Postanowienie Sądu w …………………..z dnia ……………..sygn. 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 |  |

\*właściwe 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 postepowaniu 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 Pieczęć i podpis Dyrektora PCPR