

nr sprawy
wypełnia pracownik PCPR w Słupsku

**Wniosek o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier technicznych**

Dane wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu

przez

PESEL nr telefonu:

Nazwa banku i nr rachunku

Przedmiot dofinansowania:

.....

Uzasadnienie wniosku :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cel dofinansowania:

Całkowity koszt zakupu wnioskowanego urządzenia (100% ceny):

Kwota wnioskowanego dofinansowania (do 80% ceny urządzenia):

słownie:

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

Nie mam/ mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (niepotrzebne skreślić). Jeśli tak, proszę podać rodzaj i wysokość zobowiązania (w zł)

W ciągu ostatnich trzech lat nie **byłem(am)/ byłem(lam)** stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, rozwiązyanej z przyczyn leżących po mojej stronie (niepotrzebne skreślić).

Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb jego realizacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm)

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby występującej w jego imieniu*

* w przypadku osoby występującej w imieniu wnioskodawcy należy wypełnić poniższe informacje

Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Dowód osobisty seria nr wydany w dniu przez
..... PESEL
nr telefonu:
nazwa banku i nr rachunku

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu)
2. Kopie orzeczeń osób niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z wnioskodawcą (oryginały do wglądu)
3. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (druk w załączeniu)
4. Oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia lub przedmiotu (w przypadku kilku elementów składowych należy określić ich ceny jednostkowe)
5. Kopia dokumentu uprawniającego do działania w imieniu wnioskodawcy (oryginał do wglądu)

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Data urodzenia **PESEL**

Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

.....
.....

Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim | ☐ |
| 2. dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim | ☐ |
| 3. wrodzony brak lub amputacja kończyn | ☐ |
| 4. inna dysfunkcja narządu ruchu | ☐ |
| 5. dysfunkcja narządu wzroku | ☐ |
| 5. dysfunkcja narządu słuchu | ☐ |
| 6. dysfunkcja narządu mowy | ☐ |
| 7. inne schorzenia (jakie?) | ☐ |

Używane zaopatrzenie ortopedyczne (np. wózek inwalidzki, kula, orteza, balkonik, proteza kończyn, gorset ortopedyczny, inne):

.....

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza