

.....
data wpływu wniosku do PCPR

.....
numer wniosku

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

I. Dane osoby niepełnosprawnej:

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

II. Orzeczenie o niepełnosprawności: ☐ trwałe ☐ czasowe do.....

III. Przedmiot dofinansowania:

.....

IV. Uzasadnienie wniosku :

.....
.....
.....
.....

V. Cel dofinansowania:

.....
.....

VI. Całkowity koszt zakupu wnioskowanego urządzenia :zł

VII. Kwota wnioskowanego dofinansowania (maksymalnie 60% z punktu VI):zł

(słownie:)

VIII. Miejsce realizacji zadania:

(gdzie będzie przechowywany zakupiony sprzęt?)

IX. Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON ? (z PCPR, MOPR, OPS, PFRON, UG):

Tak ☐

Nie ☐

Cel (nazwa programu lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

X. Wnioskodawca zamieszkuje: samotnie ☐ z rodziną ☐ z osobami nie spokrewnionymi ☐

XI. Oświadczenie wnioskodawcy :

1. 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, wynosiłzł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
2. Oświadczam, że **nie mam zaległości** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, że w ciągu ostatnich trzech lat **nie byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, **rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie**.
3. Oświadczam, że powyższe dane są **zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych**.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....
Data

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

**W przypadku osoby występującej w imieniu wnioskodawcy należy wypełnić część XII wniosku*

XII. Dane przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:

opiekun prawny ustanowiony przez sąd ☐ pełnomocnik ustanowiony notarialnie ☐
przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy) ☐

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu

przez

nr telefonu:

nazwa banku i nr rachunku:

nr PESEL

Załączniki do wniosku:

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 na str. 4 wniosku).
4. Oferta cenowa dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia lub przedmiotu (w przypadku kilku elementów składowych należy określić ich ceny jednostkowe).

Uwaga!

1. *Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.*
2. *Wysokość dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 60% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.*

.....
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: nr PESEL

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej będącej przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności:

.....

II. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

III. 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?) | ☐ |

IV. Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:

V. Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu określonego w pkt IV: ☐ tak ☐ nie

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza