

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt
rehabilitacyjny indywidualnych osób niepełnosprawnych

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

Dane personalne osoby, której zostanie przeznaczony sprzęt rehabilitacyjny

IMIĘ..... NAZWISKO

DATA URODZENIA

DOWÓD OSOBISTY: SERIA NUMER

WYDANY W DNIU PRZEZ

PESEL NIP

Adres zamieszkania

MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY

ULICA NR DOMU NR MIESZKANIA

TELEFON KONTAKTOWY

Dane personalne (prawnego opiekuna / osoby upoważnionej)

IMIĘ..... NAZWISKO

DATA URODZENIA

DOWÓD OSOBISTY: SERIA NUMER

WYDANY W DNIU PRZEZ

PESEL NIP

Adres zamieszkania prawnego opiekuna / osoby upoważnionej

MIEJSCOWOŚĆ KOD POCZTOWY

ULICA NR DOMU NR MIESZKANIA

TELEFON KONTAKTOWY

Orzeczenie o niepełnosprawności

GRUPA/ STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

WAŻNOŚĆ ORZECZENIA:

- NA STAŁE

- OKRESOWO DO DNIA

OŚWIADCZAM, IŻ MOJE WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE, TWORZĄ NASTĘPUJĄCE OSOBY :

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Imię	Nazwisko	Wiek	Dochód miesięczny netto
1.	Wnioskodawca				
2.		UWAGA! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich wiek, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3.					
4.					
5.					
6.					
				Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny (netto)	

Oświadczam, że w **kwartale poprzedzającym** miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód (NETTO)** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł:

Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć **DO WGLĄDU DOWODY POTWIERDZAJĄCE WYSOKOŚĆ UZYSKIWANYCH DOCHODÓW**

Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych. Przy ustalaniu dochodu w rodzinie Wnioskodawcy, **nie uwzględnia się** zasiłków pielęgnacyjnych.

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą na podstawie, których przyznano środki finansowe PFRON, Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu środków przekazanych przez PCPR wraz z odsetkami ustawowymi.

2. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

OPIS SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. KOSZT ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

Całkowity koszt zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:

..... zł (słownie)

Deklarowany udział własny min 20% całkowitego kosztu:

..... zł (słownie)

wnioskowana kwota dofinansowania max 80% całkowitego kosztu

..... zł (słownie)

4. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI ZAKUPU SPRZĘTU

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

5. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca ubiegał się o dofinansowanie ze środków PFRON		TAK	NIE
ROK	KWOTA	CEL	

6. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy lub jego przedstawiciela:

(podać imię i nazwisko oraz adres zamieszkania)

.....
.....

Nazwa banku	Nr konta bankowego

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233§ 1 i § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. 2016 poz. 1137) za złożenie fałszywych zeznań i zatajenie prawdy. Art.233 K.K. § 1 – Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).

3. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4. Oświadczam, że nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie. W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON w/w zadania podlega zwrotowi w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głubczycach.

5. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej o zakresie ochrony danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Głubczycach oraz znam przysługujące mi prawa.

6. Oświadczam, iż nie prowadzę działalności gospodarczej związanej z rehabilitacją i przedmiot dofinansowania będę używać zgodnie z przeznaczeniem według wskazań do potrzeb własnych związanych z niepełnosprawnością.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela Ustawowego
Opiekuna Prawnego/ Pełnomocnika

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. **Kserokopie ważnego orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego lub kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności.
2. **Zaświadczenie lekarza specjalisty (załącznik nr 1)**
3. **Kosztorys** dotyczący wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb PFRON
w celu dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....
Pesel..... Data urodzenia.....
Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....

2. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz chorób współistniejących.....
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny.....
.....

Wnioskodawca jest osobą leżącą * TAK NIE

Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego * TAK NIE

4. UZASADNIENIE

**Wnioskodawca wymaga sprzętu rehabilitacyjnego (jakiego, wymienić) i zachodzi
potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu**

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

Sprzęt ten jest niezbędny dla wnioskodawcy w celu rehabilitacyjnym.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)