

W N I O S E K
o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w **sprzęt rehabilitacyjny** dla osoby niepełnosprawnej

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy)

Nazwisko..... Imię PESEL
Adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej:
Kod Poczta Miejscowość.....
Ulica Nr domu Nr lokalu
Nr telefonu kontaktowego
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku

2. (wypełnić, jeżeli dotyczy) Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego) / opiekuna prawnego / pełnomocnika

(W przypadku osoby pełnoletniej należy przedłożyć do wglądu oryginał pełnomocnictwa lub zaświadczenia o ustanowieniu opiekuna prawnego)

[] nie dotyczy, [] przedstawiciel ustawowy, [] opiekun prawny, [] pełnomocnik *
Nazwisko..... Imię PESEL
Adres zamieszkania:
Kod Poczta Miejscowość.....
Ulica Nr domu Nr lokalu
Nr telefonu kontaktowego
Numer rachunku bankowego.....
Nazwa banku

* właściwie zaznaczyć

3. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności*

☐ stopień znaczny	☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ I grupa inwalidzka	☐ stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r.
☐ stopień umiarkowany	☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ II grupa inwalidzka	-
☐ stopień lekki	☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ III grupa inwalidzka	☐ stała albo długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydana przed dniem 1 stycznia 1998r.

☐ orzeczenie o niepełnosprawności (dla dzieci do 16 roku życia)

* właściwe zaznaczyć

4. Rodzaj niepełnosprawności*

☐ dysfunkcja narządu ruchu, w zakresie:	☐ obu kończyn dolnych	☐ jednej kończyny dolnej
	☐ obu kończyn górnych	☐ jednej kończyny górnej
	☐ innym (wymienić).....	
Wnioskodawca (osoba niepełnosprawna) porusza się:	za pomocą: ☐ wózka inwalidzkiego ☐ kuli/kul łokciowych ☐ balkonika/podpórki ☐ inne (wymienić).....	
	☐ samodzielnie ☐ osoba leżąca	

Inny rodzaj niepełnosprawności*

☐ upośledzenie umysłowe (01-U)	☐ choroby psychiczne (02-P)	☐ zaburzenie głosu, mowy i choroby słuchu (03-L)	☐ choroby narządu wzroku (04-O)
☐ epilepsja (06-E)	☐ choroby układu oddechowego i krążenia (07-S)		☐ choroby układu pokarmowego (08-T)
☐ choroby układu moczowo-płciowego (09-M)	☐ inne (11-I)	☐ całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C)	

* właściwe zaznaczyć

5. Sytuacja zawodowa*

☐ osoba zatrudniona/prowadząca działalność gospodarczą
☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
☐ osoba bezrobotna poszukująca pracy
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
☐ Dzieci i młodzież do lat 18
☐ Inne / jakie?

* właściwe zaznaczyć

6. Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł (miesięcznie na 1 osobę)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (podać liczbę osób)

7. Informacja o realizacji przez Wnioskodawcę zobowiązań wobec PFRON

Czy Wnioskodawca ma zaległości wobec PFRON* [] tak [] nie	Jeżeli tak to proszę podać rodzaj i wysokość zaległościzł
Czy Wnioskodawca był w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy*: []tak []nie	

* właściwe zaznaczyć

8. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON*			[]tak []nie (Jeżeli tak to należy wypełnić poniżej)
Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel	Termin rozliczenia Stan rozliczenia (kwota rozliczona)
Razem kwota:		Razem kwota rozliczona:	

* właściwe zaznaczyć

9. Przedmiot dofinansowania (nazwa sprzętu rehabilitacyjnego, przy użyciu którego zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych)

.....

10. Przewidywalny koszt realizacji zadania

1. Przewidywalny koszt realizacji zadania (100% ceny brutto)	 zł
2. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia)	 zł
3. Deklarowane środki własne (minimum 20%)	zł

11. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)

.....

12. Cel dofinansowania (uzasadnienia składanego wniosku w odniesieniu do niepełnosprawności)

.....

UWAGA

- 1) Złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
- 2) Podstawę dofinansowania zadań ze środków Funduszu stanowi umowa.
- 3) Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
- 4) We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „nie dotyczy”.

Oświadczenie:

- 1) Świadoma/-y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w zakresie: - *numer/y telefonu*.
- 3) Oświadczam, że zapoznałam/em się z *KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią* i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.
- 4) Zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.

.....
podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika

Dokumenty wymagane do wniosku

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osoby niepełnosprawnej

Lp.	Do wniosku należy dołączyć:
1.	Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub grupie inwalidzkiej lub stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 1 stycznia 1998r. - należy przedłożyć oryginał dokumentu (do wglądu) lub prawidłowo uwierzytelnioną przez organ uprawniony kopię dokumentu
2	Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia – załącznik nr 1 do wniosku

.....
oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią

UWAGA: Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista w związku z rodzajem niepełnosprawności
osoby, której wniosek dotyczy.

Należy wypełnić wszystkie punkty czytelnie w języku polskim.

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

2. Rodzaj niepełnosprawności

3. Nazwa zalecanego sprzętu rehabilitacyjnego

.....

4. Uzasadnienie konieczności stosowania sprzętu rehabilitacyjnego w warunkach domowych.

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)