

WNIOSEK

o dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego ze środków PFRON

Wnioskodawca* (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria..... nr wydany w dniu..... przez
dowód osobisty

nrPESEL..... miejscowość..... ulica.....

nr domu..... nr lokalu..... nr kodu.....-..... poczta

powiat..... województwo..... nr tel./faxu(z nr kier.).....

Proszę o dofinansowanie.....
należy podać rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego

.....
.....

w łącznej wysokości zł.

(słownie :zł.)

co stanowi % ceny brutto, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uzasadnienie składanego wniosku :

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

* w przypadku, gdy wnioskodawcą jest dziecko do lat 18 proszę wpisać dane dziecka

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽¹⁾

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki,	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III. Oświadczenie o dochodach

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,

wynosił zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

IV. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy ⁽¹⁾

1. zatrudniony*/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący*/rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/ emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy*	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

V. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. na dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego	
1.1. nie korzystałem	
1.2. korzystałem	
a) przedmiot dofinansowania	
b) rok otrzymania dofinansowania	
c) kwota dofinansowania (zł)	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się (jakie i kiedy)	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
4. korzystałem i nie rozliczyłem się	

⁽¹⁾ proszę wstawić znak X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

VI. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten sam cel

.....
.....
Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (Dz.U. z 2019r. poz. 1950).

„Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, z siedzibą w Pszczynie ul. Dworcowa 23. Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019r. poz. 1172 ze zm.), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz.U. z 2015r. poz. 926). Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, poprawiania i ograniczenia przetwarzania. Podanie danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów ustawowych jest obowiązkowe, w pozostałym zakresie dobrowolne. Obowiązek informacyjny znajduje się na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie www.pcprpszczyna.pl”

Załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik, (w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności)
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności i wskazanym sprzęcie rehabilitacyjnym.
3. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
4. Oferta cenowa na wnioskowany sprzęt.

.....
(podpis Wnioskodawcy*/ Przedstawiciela ustawowego*/
Opiekuna prawnego*/ Pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Rodzic, Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria.....nr.....wydany w dniu.....przez
dowód osobisty

nrPESEL.....miejscowość.....ulica

nr domu nr lokalunr kodu - poczta

powiat.....województwo.....nr tel./faxu(znrkier.).....

ustanowiony Opiekunem*/ Pełnomocnikiem*

* postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt

* na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet. nr

Adnotacje przyjmującego wniosek

.....
.....

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

Zaświadczenie lekarskie

Załącznik do wniosku o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim).....
.....

Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego

Wskazana częstotliwość stosowania w/w sprzętu

Uzasadnienie prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wskazanego sprzętu
rehabilitacyjnego.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie