

.....
data wpływu

.....
numer wniosku

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu kompletnego wniosku, pieczęć i podpis pracownika

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

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka*
.....
imię (imiona) i nazwisko imię ojca
seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
(dowód osobisty)
.....Nr PESEL.....
Miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
(dokładny adres)
nr kodu.....pocza.....powiat.....
województwo.....nr tel./fax (nr kier.).....e-mail
nazwa banku.....
nr rachunku bankowego.....

Wstawić X we właściwej rubryce.

II. Stopień niepełnosprawności

1. znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (ważne orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r. na stałe)	
2. umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
• Pozostali inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (ważne orzeczenie wydane przed 01.01.1998 r. na stałe)	
4. osoby w wieku do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności	

III. Rodzaj niepełnosprawności

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 narządów słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia lub inna niż wymienione	

* niepotrzebne skreślić

IV. Sytuacja zawodowa

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

V. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Oświadczam, że:

1. prowadzę samodzielnie gospodarstwo domowe i osiągam dochody wymienione w tabeli pod poz. Nr 1,
2. razem za mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
1.		wnioskodawca	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Razem miesięczny dochód rodziny wynosi:			
Średni miesięczny dochód na członka rodziny²:			

VI. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu (w ciągu ostatnich 3 lat):

Nr umowy	Data przyznania dofinansowania	Cel dofinansowania	Stan rozliczenia (data i kwota rozliczenia)

² miesięczny dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

* niepotrzebne skreślić

VII. Informacja o przedmiocie wniosku

1. Przedmiot dofinansowania i miejsce realizacji zadania:

.....
.....

2. Uzasadnienie wniosku

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

3. Przewidywany koszt realizacji zadania

4. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu, zł (maksymalnie 80% wartości zadania)

7. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy zł (nie mniej niż 20% wartości zadania)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn.zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że:

1. nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

2. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych / Dz.U Nr 133, poz.833 ze zm./.

3. Posiadam środki własne w wysokości nieobjętej wnioskowanym dofinansowaniem ze środków PFRON

4. Jestem kombatantem/kombatantką, wdowcem/wdową po kombatancie* : TAK NIE

.....
Podpis Wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego / pełnomocnika*

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

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

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

.....Nr PESEL.....nr NIP

miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
 (dokładny adres)
 nr kodu.....pocza.....powiat.....
 województwo.....nr tel./fax (nr kier.).....
 ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*
 postanowieniem Sądu Rejonowego dn.sygn. akt. / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*
z dn.repet. nr*
 Niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

Nazwa załącznika	załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono tak/nie	data uzupełnienia
Kopia orzeczenia, lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.			
Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (o ile dotyczy)			
Aktualne zaświadczenie lekarskie wypełnione przez specjalistę (na załączonym formularzu)			
Oferty wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego			
Inne:			

* Niepotrzebne skreślić

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego: stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

4. Czy istnieje potrzeba rehabilitacji w warunkach domowych?*

TAK

NIE

5. Potrzeby w zakresie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

.....
.....

.....
(stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

*Wypełnić czytelnie w języku polskim

** Właściwie zaznaczyć