

numer wniosku:.....



data wpływu wniosku:

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób**  
**Niepełnosprawnych sprzętu rehabilitacyjnego.**  
( wypełniamy wszystkie białe pola)

**CZĘŚĆ A-DANE WNIOSKODAWCY**

**I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <u>imię/imiona</u>         |  |
| <u>nazwisko</u>            |  |
| <u>pesel</u>               |  |
| <u>data urodzenia</u>      |  |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>  |  |
| <u>ulica:</u>              |  |
| <u>Nr domu</u>             |  |
| <u>nr lokalu</u>           |  |
| <u>miejsowość</u>          |  |
| <u>kod pocztowy</u>        |  |
| <u>poczta</u>              |  |
| <u>rodzaj miejscowości</u> |  |
| <u>nr telefonu</u>         |  |
| <u>adres e-mail</u>        |  |

**II. DANE DOTYCZĄCE PODOPIECZNEGO**

**NIE DOTYCZY**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <u>imię/imiona</u>         |  |
| <u>nazwisko</u>            |  |
| <u>pesel</u>               |  |
| <u>data urodzenia</u>      |  |
| <b>DANE ADRESOWE</b>       |  |
| <u>ulica:</u>              |  |
| <u>Nr domu</u>             |  |
| <u>nr lokalu</u>           |  |
| <u>miejsowość</u>          |  |
| <u>kod pocztowy</u>        |  |
| <u>poczta</u>              |  |
| <u>rodzaj miejscowości</u> | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| <u>nr telefonu</u>         |  |
| <u>adres e-mail</u>        |  |

### OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

- przedstawicielem ustawowym  
 opiekunem prawnym

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Postanowienie Sądu Rejonowego |  |
| z dnia:                       |  |
| Sygnatura akt:                |  |

- Pełnomocnikiem na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

|                 |  |
|-----------------|--|
| imię i nazwisko |  |
| z dnia:         |  |
| Nr repertorium  |  |

### III. STOPIEN NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|   |   |
|---|---|
| stopień   | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| grupa   | <input type="checkbox"/> I<br><input type="checkbox"/> II<br><input type="checkbox"/> III<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |
| niezdolność   | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> Tak<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim  
 Inna dysfunkcja narządu ruchu  
 Dysfunkcja narządu wzroku  
 Dysfunkcja narządu słuchu i mowy  
 Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)  
 Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia  
 Inny / jaki?

**CZĘŚĆ B- PRZEDMIOT WNIOSKU**

**I. KOSZTY REALIZACJI**

| <b>PRZEDMIOT</b>  |                |
|---|----------------|
| <b>nazwa pola</b>   | <b>wartość</b> |
| przedmiot wniosku   |                |
| całkowity koszt zakupu  |                |
| wnioskowana kwota dofinansowania  |                |
| udział własny wnioskodawcy  |                |
| cel dofinansowania: <i>(wskazać uzasadnione potrzeby prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu)</i> |                |
| miejsce realizacji:   |                |

**II. INFORMACJA O PRYZNANYCH WNIOSKODAWCY KWOTACH ZE ŚRODKÓW PFRON (DO 3 LAT PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU).**

| <b>Cel dofinansowania</b> | <b>Numer umowy</b> | <b>Data przyznania dofinansowania</b> | <b>Kwota przyznana (w zł)</b> | <b>Umowa została rozliczona: (Stan rozliczenia umowy - niepotrzebne skreślić)</b> |
|---------------------------|--------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---|
|                           |                    |                                       |                               | <b>TAK / NIE</b>  |
|                           |                    |                                       |                               | <b>TAK / NIE</b>  |
|                           |                    |                                       |                               | <b>TAK / NIE</b>  |
|                           |                    |                                       |                               | <b>TAK / NIE</b>  |
|                           |                    |                                       |                               | <b>TAK / NIE</b>  |

**III. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

przelew na konto wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez wnioskodawcę

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| właściciel konta( imię i nazwisko) |  |
| Nazwa banku                        |  |
| Nr rachunku bankowego              |  |

w kasie

konto podane na dowodzie zakupu

#### IV. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

##### OŚWIADCZENIE

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, wynosił: ..... zł ( słownie:.....).

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

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

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz.U. z 2019 r., poz. 2128) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

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. z 2019 r., poz. 1781).

##### V. DO NINIEJSZEGO WNIOSKU SKŁADAM NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:

1. **Kopię orzeczenia** lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 2473).
2. **Zaświadczenie lekarskie** wystawione przez lekarza uzasadniające potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu wnioskowanego sprzętu.

|                             |                      |   |
|-----------------------------|----------------------|---|
| <i>Miejscowość</i><br>..... | <i>Data</i><br>..... | <i>Podpis Wnioskodawcy/<br/>przedstawiciela ustawowego/<br/>opiekuna</i><br>..... |
|-----------------------------|----------------------|---|

##### VI. WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU - WYPEŁNIA PCPR

| WYPEŁNIA PCPR  | WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU  | WYPEŁNIA PCPR                  |
|--|---|--------------------------------|
| Wniosek kompletny  | <input type="checkbox"/> - NIE  | <input type="checkbox"/> - TAK |
| Wniosek podlega uzupełnieniu o:<br>.....<br>w terminie do nie dłuższym niż 30 dni, do dnia ..... | <input type="checkbox"/> Wnioskodawca uzupełnił braki formalne dnia .....<br><input type="checkbox"/> NIE uzupełniono braków formalnych -wniosek pozostaje bez rozpatrzenia |                                |
| Data weryfikacji formalnej wniosku: ...../ 20.... r.   |   |                                |
| Podpis Pracownika PCPR dokonującego oceny wniosku.....   |   |                                |